PRZEGLĄD
CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

REDAKTOR ANTONI LEŚNIOWSKI

WYDAWCA CZESŁAW STANKIEWICZ

TOM X. ZESZYT I.

STYCZEŃ — LUTY 1914.

WARSZAWA

CZCIONKAMI L. BILIŃSKIEGO I W. MAŚLANKIEWICZA, NOWOGRODZKA 17.

PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM X. ZESZYT I. STYCZEŃ. LUTY. 1914.

PRACE ORYGINALNE.

O leczeniu operacyjnem porażenia nerwu twarzowego

podał

ALEKSANDER WERTHEIM.

Do napisania pracy niniejszej skłania mnie przypadek, operowany z wynikiem pomyślnym, a spostrzegany dokładnie w ciągu lat czterech. Podając w niej szczegółowy opis historyi choroby, pragnąłbym równocześnie zastanowić się bliżej nad wskazaniami do leczenia chirurgicznego porażenia nerwu twarzowego, nad wyborem metody, opisem techniki i wynikami samego postępowania.

Na wstępie muszę zaznaczyć, że, nie chcąc rozszerzać ram artykułu, ograniczę się tylko do rozpatrzenia tych metod, które polegają na zespoleniu nerwu porażonego z innym, zdrowym nerwem, pominę natomiast zabiegi, dążące do obnażenia nerwu twarzowego w kości skalistej, lub do przywrócenia mimiki za pomocą operacyi wytwórczych mięśni twarzowych.

Liczba przypadków, zbliżonych do opisanego poniżej, a zebranych w piśmiennictwie, nie jest zbyt wielka; zestawiłem je w oddzielnej tablicy na końcu pracy. Piśmiennictwo polskie rozporządza opisami dwóch przypadków—Drobnika i Szteynera.

Ponadto przypadek analogiczny operował na parę miesięcy przedemną Leśniowski, który wszakże stracił chorą z oczu po wyjściu tejże ze szpitala. Przejdźmy teraz do opisu operowanego przezemnie przypadku.

36-letni A. B. wstąpił do szpitala Dzieciątka Jezus w listopadzie 1908 r. Chory od kilkunastu lat cierpi na ropny wyciek z ucha, a od 11 lat na zawroty głowy. Przed 5 laty zasięgał porady lekarskiej w Wiedniu, poczem czas pewien czuł się lepiej. Dopiero przed 3 laty zachorował ponownie; wówczas wystąpiły bóle głowy, zawroty, bóle w uchu i wymioty. Już wtedy chory od czasu do czasu spostrzegał nieznaczne skrzywienie twarzy i poddał się pierwszej operacyi na wyrostku sutkowym, po której po upływie 16 miesięcy wypisał się ze szpitala niezagojony. Od czasu tej operacyi domykalność lewego oka była upośledzona.

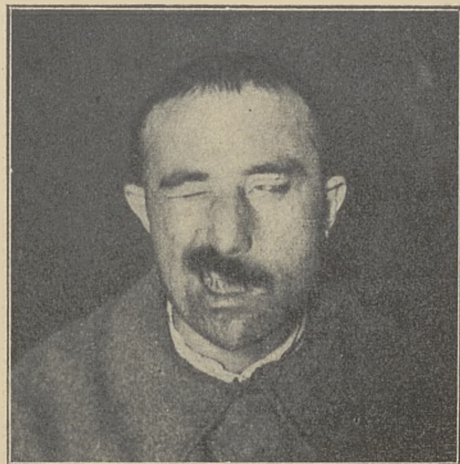
Po roku, w marcu 1908 znowu wystąpiły ostre objawy, wobec których chory poddał się ponownej, doszczętnej operacyi. Podczas tego zabiegu stwierdzono rozległe zniszczenia i obecność chropawej kości pod wypukleniem zewnętrznego kanału półkolistego błędnika. Próchnica szerzyła się po za nerw twarzowy tak, że, chcąc cierpienie usunąć doszczętnie, musiano uszkodzić nerw twarzowy, poczem wystąpiło wyraźne już, trwałe porażenie tego ostatniego.

Badanie stwierdza co następuje. Chory wzrostu średniego, dobrze odżywiany. Narządy wewnętrzne zdrowe. Na lewym wyrostku sutkowym dawna blizna. Lewe powieki nie domykają się. Mięśnie lewej połowy twarzy znpełnie nie kurczą się pod wpływem woli. Usta wykrzywione ku stronie prawej. Badanie elektryczne wykazuje zupełny odczyn zwyrodnienia na terytoryum, zasilanem przez nerw twarzowy lewy.

Wobec tego, że od chwili porażenia upłynął już rok cały, i nadzieja na wyleczenie samoistne była niewielka, przedstawiłem choremu szanse operacyi, i, uzyskawszy zgodę jego, w dniu 17 lutego 1909 r. w oddziale D-ra Ciechomskiego, któremu za odstąpienie mi przypadku składam podziękowanie, wykonałem połączenie porażonego nerwu twarzowego z nerwem podjęzykowym w sposób następujący. Cięcie od wierzchołka lewego wyrostka sutkowego wzdłuż brzegu żuchwy, w odległości 2 cm. od tego brzegu aż do poziomu kości gnykowej. Przedewszystkiem dotarto do tylnej części przyusznicy, i odsunięto ją na tępo ku przodowi — od m. mostkowo-obojczykowosutkowego. Wówczas w głębi wyczuto wyrostek rylcowaty, przed którym ukazał się nerw twarzowy; ten ostatni uniesiono za pomocą haczyka, przewiązano struną i przecięto możliwie wysoko tuż przy dziurze sutkowej. Teraz powyżej kości gnykowej na tylnym brzuścu mięśnia dwubrzuścowego wyodrębniono z łatwością nerw podjęzykowy na przestrzeni około 4 cm. aż do miejsca, gdzie tenże ginie w mięśniu rylcowognykowym, napięto go na dwóch haczykach i cienkim nożykiem wykrajano zeń płat, długości około 3 cm. o podstawie dośrodkowej. Płat ten zbliżono do obwodowego końca przeciętego nerwu twarzowego i przyszyto doń, łącząc ko-

niec z końcem dwoma cieniutkimi szwami jedwabnymi. W dolny kąt rany włożono sączek, skórę zaszyto jedwabiem florenckim.

Bezpośrednio po operacyi chory z trudnością mógł mówić, ruchy języka były upośledzone, wierzchołek zbaczał ku stronie lewej: wystąpiły wyraźne objawy lewostronnego niedowładu języka. Zjawiły się również znaczne trudności w łykaniu, tak że chorego przez dwa dni karmiono za pomocą zgłębnika żołądkowego. Dopiero po kilkunastu dniach chory zaczął połykać pokarmy stałe.



Ryc. 1. Miesiąc po operacyi.

Po upływie miesiąca po operacyi chory z raną zagojoną przepisany został do oddziału chorób nerwowych D-ra Flataua celem leczenia następczego. Dane poniższe, dotyczące dalszego przebiegu, zawdzięczam Sz. kierownikowi tego oddziału i kol. Bornsteinowi, którym niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie. W chwili zapisania się do oddziału chorób nerwowych w miesiąc po zabiegu powyższym stwierdzono pod względem neurologicznym, co następuje (patrz ryc. 1 i 2).

Źrenice równe, odczyn na światło i akomodacyę prawidłowy. Dno oka prawidłowe, kończyny pod względem ruchowym i siły prawidłowe. Czucie na kończynach i tułowiu zachowane.

Lewa połowa twarzy wygładzona, niema zmarszczek nosowowargowych, ani też na czole. Ruchy mimiczne lewej połowy twarzy, jak marszczenie czoła, nosa, szczerzenie zębów, przekrzywianie ust — zupełnie niewykonalne. Lewa powieka górna nie zakrywa całej gałki oka, opuszcza się tylko cokolwiek, pokrywając źrenicę. Lewa połowa języka w stanie wyraźnego zaniku; wierzchołek jego zbacza ku stronie lewej. Nadymanie po-

liczków i zaciskanie zębów odbywa się i na stronie lewej, ale w stopniu znacznie słabszym, niż na prawej. Podczas wymawiania liter lewy policzek nadyma się lekko i faluje, jak żagiel, wskutek czego chory zmuszony jest przyciskać go ręką.

Czucie na lewem uchu oraz wzdłuż lewego brzegu żuchwy zniesione całkowicie. Powonienie obustronnie zachowane. Smak zniesiony na stronie lewej, w przedniej połowie języka; w tylnej połowie smak nieco upośledzony.



Ryc. 2. Miesiąc po operacyi.

Podczas ruchów mimicznych twarzy najwyraźniej występuje asymetrya: prawa połowa kurczy się prawidłowo, podczas gdy lewa jest wygładzona i nieruchoma.

Lewa połowa warg znajduje się w stanie lekkiego zaniku. Gdy chory zachowuje się spokojnie, asymetrya twarzy jest wyrażona w stopniu słabszym, aczkolwiek szpara oczna lewej strony stale jest szersza, lewy policzek bardziej zapadnięty, a łuk brwiowy stoi nieco niżej od prawego.

Badanie elektryczne wykazuje zmiany następujące:

	Prąd faradyczny	Prąd galwaniczny
N. facialis dexter.	70	$^1/_2$ MA, K > A szybki
„ sin.	0	0
Musc. levator. menti dext. . .	65	—
„ „ „ sin. . .	0	6 MA, A > K, skurcz powolny

	Prąd faradyczny	Prąd galwaniczny
Musc. orbic. oculi dext. . . .	70	—
„ „ „ sin.	0	4 MA, A > K, skurcz powolny
Musc. frontalis dext.	70	—
„ „ sin.	0	2 MA, A > K, skurcz powolny

Jak widzimy, mięśnie, zasilane przez nerw twarzowy lewy, dają odczyn zwyrodnienia.

W lipcu 1909 r. a więc w pięć miesięcy po operacyi, pod wpływem elektryzacyi, mięsienia i gimnastyki twarzy zauważono pewną aczkolwiek nieznaczną poprawę. Stwierdzono na stronie lewej wyraźne wystąpienie zmarszczek na czole; przedewszystkiem wystąpiła wyraźna zmarszczka nieznaczna tuż nad okiem, potem dwie drugie, powierzchowne. Domykalność powiek zwiększyła się nieco, szpara oczna jest węższa. Czynności innych mięśni twarzy zmianie nie uległy.

W początku sierpnia tegoż roku poraz pierwszy zjawiły się zmarszczki na twarzy podczas przeciągania kąta ust w lewą stronę. Drażnienie mięśnia bródkowego prądem faradycznym daje już wyraźny, jakkolwiek bardzo powolny skurcz.

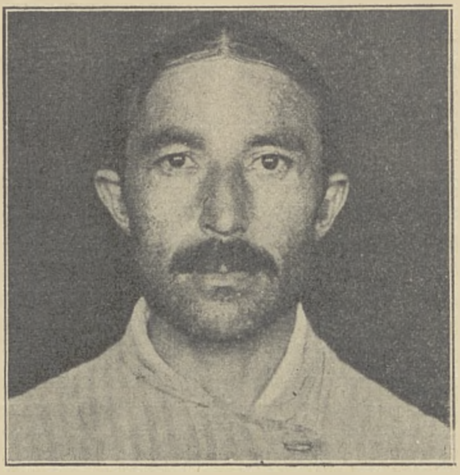
We wrześniu, a zatem w siedem miesięcy po zabiegu, kłucie w oku lewem jeszcze nie ustąpiło; również i łzawienie zjawia się jeszcze, zwłaszcza na wietrze. Zmarszczki na czole są w dalszym ciągu bardzo powierzchowne; szpara oczna lewa zwęziła się znacznie; występuje to wyraźnie zwłaszcza podczas silnego zamykania powiek. Najwyraźniej tworzą się zmarszczki w okolicy oka i na policzku. Zmarszczki są głębokie, zachodzi tylko niewielka różnica w stosunku do strony prawej. Pokazując zęby, chory nie przeciąga lewego kąta ust. Podczas ruchów lewej połowy twarzy chory doznaje wrażenia, jak gdyby impulsy ruchowe udzielały się językowi,

W końcu września 1909 r. stan chorego przedstawiał się, jak następuje (patrz ryc. 3, 4 i 5).

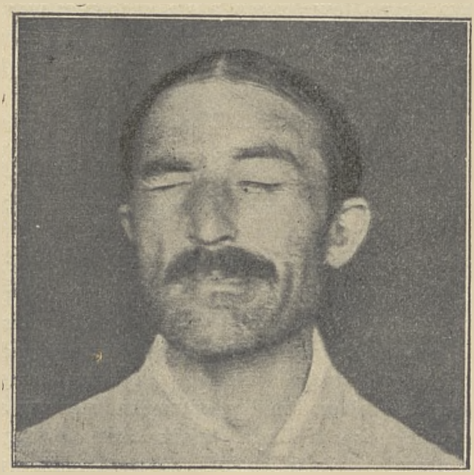
Jeżeli choremu jest zalecony zupełny spokój twarzy, wówczas, na pierwszy rzut oka, niema prawie żadnej różnicy pomiędzy obydwiema jej połowami. Wpatrując się atoli bliżej, widać, że lewa szpara oczna jest szersza od prawej, lewa fałda nosowowargowa jest wygładzona, a usta nieznacznie przeciągnięte ku stronie prawej. Podczas mrugania prawe oko zamyka się zupełnie, natomiast lewe niedomyka się wyraźnie; na skutek tego występuje wybitny objaw Bella, mianowicie, lewa gałka oczna unosi się stale do góry i prawie zawsze na wewnątrz. Podczas mowy asymetrya twarzy staje się wyraźniejsza, mianowicie—widać, że w mowie uczestniczy niemal wyłącznie prawa połowa warg, szpara ust na prawej stronie jest wyraźnie szersza, niż na lewej; fałda nosowowargowa prawej strony wyraźniej zaznaczona. Te same objawy towarzyszą innym ruchom np. śmiechowi.

Ruchy dowolne, jak marszczenie czoła, na lewej stronie bardzo nie-

znaczne; zmarszczki prawej strony zlekka zachodzą poza linię środkową na lewą połowę. Jeżeli kazać choremu zamknąć oba oczy, to z lewej strony



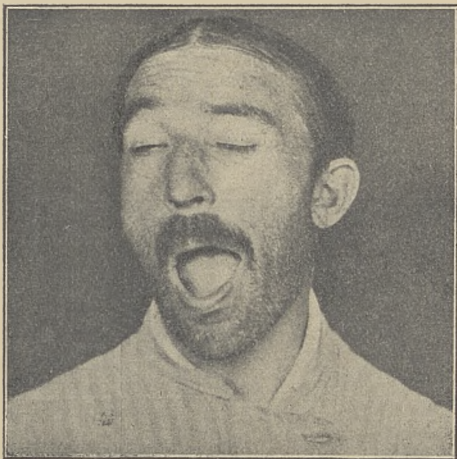
Ryc. 3. Siedem miesięcy po operacyi.



Ryc. 4. Siedem miesięcy po operacyi.

stale pozostaje szpara, szerokości od 2—4 mm. Mocne zaciskanie oczu naprzemian chory uskutecznia na prawej stronie prawidłowo; na lewej stro-

nie również udaje mu się, ale z wysiłkiem, przyczem marszczy się mocno cała połowa twarzy. Jeżeli kazać choremu otworzyć usta, to widać, jak język przyciska się do zębów, zbaczając ku sronie lewej. Podczas przymykania prawego oka, kiedy usta są zamknięte, język pozostaje nieruchomy, albo też koniec jego zlekka zbacza na prawo, nie dotykając zębów i warg. To samo zjawisko ruchu współczesnego mięśni unerwionych przez nerw twarzowy i języka występuje, jeżeli kazać choremu otworzyć i przekrzywić usta w prawą stronę, wówczas język pozostaje nieruchomy; jeżeli zaś



Ryc. 5. Siedem miesięcy po operacyi.

w lewą stronę—to język zwija się w kłębek i opiera się o tylną powierzchnię dolnych zębów, przekrzywiając się wyraźnie na lewą stronę. Wszystkim ruchom powolnym częściowym z dużym wysiłkiem towarzyszy lekkie kurczenie się mięśnia podskórnego szyi i czepca ścięgnistego w części potylicowej; być może, iż ruchy te są na stronie lewej silniejsze. Lewa połowa języka w stanie wyraźnego zaniku. Jeżeli kazać choremu wysuwać język poza wargi i poruszać w prawą i lewą stronę, to ruch w stronę lewą wykonywany jest szybko i sprawnie, w prawą zaś powoli i niezgrabnie.

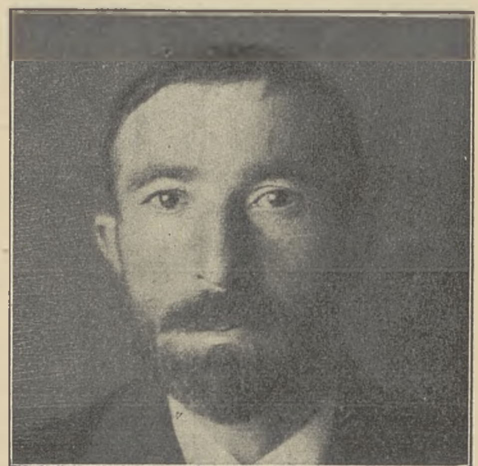
Badanie elektrycznością w tym okresie wykazuje zmiany następujące:

	Prąd faradyczny	Prąd galwaniczny
N. facialis dext.	90	2 MA, K > A, szybki
„ sin.	0	0
Musc. levator menti dextr. . .	90	2 MA, K > A, szybki
„ „ „ sin. . . .	70	5 MA, A > K, skurcz powoly

	Prąd faradyczny	Prąd galwaniczny
M. orbicul. ocul. dextr. . . .	90	2 MA, K > A, szybki
„ „ „ sin.	0	5 MA, K = A, dość szybki
M. frontalis dext..	90	1 MA, K > A
„ „ sin.	80	6 MA, K = A, powolny
M. orbic. oris dextr.	90	$1^1/_2$ MA, K > A
„ „ sin. „	2	8 MA, A = K, skurcz powolny

Badanie języka prądem elektrycznym wykazuje częściowy odczyn zwyrodnienia przedniej części lewej połowy.

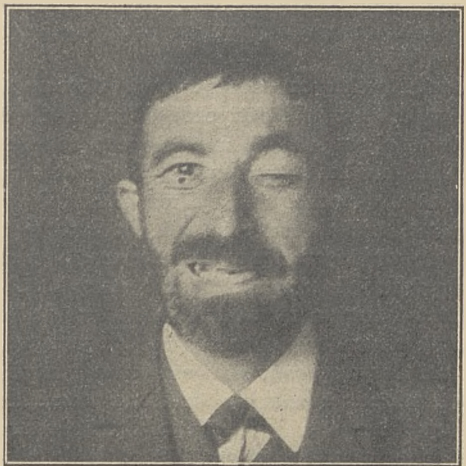
W październiku roku 1910, a zatem w 20 miesięcy po operacyi, stan chorego przedstawiał się, jak następuje (patrz ryc. 6, 7 i 8). W spokoju



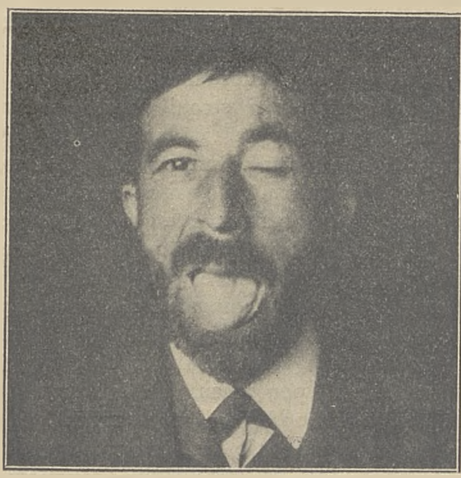
Ryc. 6. 20 miesięcy po operacyi.

asymetryi wyraźnej niema; kiedy chory mówi, występuje pewna asymetrya w ustach, przyczem prawa połowa otwiera się szerzej, niż lewa. Podczas ruchów dowolnych w poszczególnych odcinkach lewego nerwu twarzowego widać wyraźne upośledzenie. Zmarszczek z lewej strony na czole brak zupełny, domykalność lewego oka niezupełna, pozostaje szpara szerokości 2 mm. Wyraźny objaw Bella. Marszczenie nosa z lewej strony minimalne; przekrzywianie kąta ust na lewo lepsze, ale znacznie słabsze, niż na prawo. Wyraźny zanik lewej połowy języka. Podczas wysuwania języka zbacza on z początku nieco na lewo, lecz szybko wraca do linii środkowej.

Gdy chory dowolnie wysuwa język, lewe oko zamyka się prawie zupełnie, przyczem następuje to podczas ruchu języka ku stronie prawej, lub podczas



Ryc. 7. 20 miesięcy po operacyi.



Ryc. 8. 20 miesięcy po operacyi.

przyciskania go do zębów. Kiedy usta są otwarte, a język jest nieruchomy, ruchy na terenie, zasilanym przez nerw twarzowy, nie udają się. Ru-

chy połykowe wywołują wyraźne przekrzywianie ust na lewo tak, że fałda nosowowargowa lewa zagłębia się; lewe oko zamyka się i zjawiają się zmarszczki w okolicy lewego oka. Jednocześnie podczas tego połykania zaznaczają się zlekka zmarszczki na czole. Ruchom dowolnym nieco rozwartych ust w stronę lewą towarzyszy znaczniejszy ruch języka, niż ruchom ku stronie prawej.

Wyniki badania elektrycznością w tym okresie były następujące: Nerw twarzowy lewy na prądy elektryczne odczynu nie daje. Z mięśni na prądy faradyczne oddziaływują tylko unerwione przez gałązkę górną; mięśnie w obrębie ust i podbródka oddziaływują dopiero na bardzo silne prądy. Wogóle odczyn jest tu znacznie słabszy, niż na stronie zdrowej. Na prąd galwaniczny wszystkie mięśnie reagują, ale dopiero na prąd bardzo silny 6 — 7 Ma, przyczem wyraźnego leniwego skurczu nie stwierdzono; natomiast w lewym mięśniu unoszącym kąt ust An $>$ Kat. Pozostały przeto jeszcze wyraźne ślady odczynu zwyrodnienia na stronie lewej.

Po raz ostatni widziałem chorego w czerwcu 1913 r. W spokoju asymetrya twarzy na pierwszy rzut oka jest prawie niedostrzegalna. Wpatrując się baczniej, widać jednak, że czoło na stronie lewej jest bardziej wygładzone, łuk brwi nie jest tak wypukły, jak na stronie prawej, usta leciutko przekrzywione w stronę prawą. Lewa fałda nosowowargowa trochę słabiej zaznaczona, niż prawa. W mowie uczestniczy przeważnie prawa strona twarzy; prawa fałda nosowowargowa pogłębia się, w lewej widać tylko przelotne skurcze. Podnoszenie lewej połowy twarzy wyraźnie upośledzone, jakkolwiek zmarszczki, znajdujące się bliżej linii pośrodkowej, zaznaczają się wyraźniej, niż dawniej. Oko lewe niedomyka się na 1—2 mm. Widać, jak gałka oka podnosi się ku górze (objaw Bella). Podczas marszczenia brwi fałdy u nasady nosa przesunięte na prawo. Unoszenie górnej wargi i marszczenie nosa na lewej stronie prawie niewidoczne. Podczas otwierania ust z zamkniętymi zębami widoczna jest wyraźna asymetrya, przyczem jednak widać nieznaczne ruchy na stronie lewej twarzy i zamykanie lewego oka. Przesuwanie ust w stronę lewą prawie tak samo sprawne, jak w stronę prawą, przyczem inerwacya równoczesna obu gałązek nerwu udaje się lepiej, niż ruchy pojedyncze powiek i ust. Język, jak dawniej, w zaniku na stronie lewej, koniec jego zwrócony na lewo, przyczem występuje lewostronny współruch twarzy: czoło marszczy się, oko zamyka się prawie zupełnie, cała twarz przekrzywia się na lewo. Ruchy języka zachowane, ale na prawo ruch jest słabszy, a do góry języka wysuniętego chory podnieść nie może. W porównaniu z ostatniem badaniem z r. 1910 zaznaczyć wypada wyraźną poprawę; oko zamyka się lepiej, usta chory przekrzywia w stronę lewą znacznie lepiej, niż poprzednio. Co do stanu nerwów i mięśni pod względem elektrycznym — również widoczna jest poprawa. Sam chory zaznacza, że lewe oko zamyka się lepiej, jest wilgotniejsze, w ustach czuje poprawę o tyle, że lepiej je; pokarm nie zalega w ustach, jak dawniej — na stronie lewej.

Badanie elektrycznością.

	Prąd faradyczny	Prąd galwaniczny
N. fac. dext.	60	3 MA, K > A
„ „ sin.	50	7 MA, K > A, dosyć szybki skurcz
M. orbic. oris dext.	60	2 MA, K > A, skurcz szybki
„ „ „ sin.	50	2,5 MA, A > K, skurcz powolny
M. lev. ment dext.	60	—
„ „ „ sin.	60	—
M. front. dext.	65	2 MA, K > A
„ „ sin.	60	2 MA, K > A, skurcz powolny
M. orbic. oculi dext.	65	1 MA
„ „ „ sin.	65	1 MA, skurcz słaby.

Myśl zespolenia porażonego nerwu twarzowego z innym nerwem powziął, o ile mi wiadomo, pierwszy w r. 1895 Ch. Ballance i w przypadku porażenia nerwu twarzowego wskutek guza żuchwy połączył obwodowy jego koniec z końcem przeciętego nerwu podjęzykowego; po upływie 3 miesięcy poprawy jeszcze nie stwierdzono. Nieco później we Francyi Faure, a w Anglii Kennedy zespolili porażony nerw twarzowy z nerwem dodatkowym.

Ponieważ autorowie późniejsi pod względem techniki operacyjnej, a poczęści i wskazań do zabiegu wzorowali się na przytoczonych wyżej poprzednikach, przeto pozwolę sobie podać tu w streszczeniu ich przypadki. Chory Faure'a na $1^1/_2$ roku przed operacyą otrzymał ranę postrzałową w okolicę prawego ucha, poczem wystąpiły objawy całkowitego porażenia nerwu twarzowego. Badanie prądem elektrycznym stwierdziło odczyn zwyrodnienia. Zabieg wykonano w ten sposób, że, obnażywszy pień nerwu twarzowego poza przyusznicą, wyosobniono nerw dodatkowy w miejscu podziału na gałązki dla mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego i czworobocznego. Tę ostatnią gałązkę przecięto tam, gdzie ona ginie w mięśniu mostkowosutkowym, poczem, przeprowadziwszy ją ponad mięśniem dwubrzuścowym, wszczepiono bocznie w pień nerwu twarzowego. Po upływie trzech lat stwierdzono bardzo nieznaczną poprawę ruchów dowolnych, domykalność oka nieco lepszą

i pewną poprawę pobudliwości mięśni twarzowych na prądy galwaniczne i faradyczne. Na ogół jednak biorąc, wyniku operacyi za pomyślny uważać nie można.

Wskazaniem do operacyi w przypadku Kennedyego był uporczywy, od 10 lat trwający, prawostronny kurcz twarzowy u kobiety 46-letniej. Kennedy przeciął nerw twarzowy po wyjściu z dziury rylcowosutkowej i koniec obwodowy nerwu wszczepił bocznie w pień nerwu dodatkowego poniżej mięśnia dwubrzuścowego. Po operacyi wystąpiło na razie zupełne porażenie nerwu twarzowego, ale już po upływie 7 tygodni powieki zaczynają domykać się, po upływie 15 miesięcy następuje wybitna poprawa ruchów ust i policzka. Po 10 latach marszczenie czoła niedostateczne, podczas ruchów twarzy znaczna asymetrya, kurcze zniknęły bezpowrotnie, pobudliwość na prądy elektryczne prawidłowa. Ruchom dowolnym łopatki — względnie mięśnia czworobocnego towarzyszą gwałtowne skurcze mięśni twarzy.

Prawie równocześnie zjawiły się prace doświadczalne Barrago-Ciarella i Manassego, którzy na zwierzętach starali się sprawdzić wartość zespalania nerwu twarzowego z innym nerwem. Barrago-Ciarella wykonał doświadczenia swoje, zachęcony opisaną wyżej operacyą Faure'a. U dwóch psów połączył on obwodowy koniec przeciętego nerwu twarzowego z dośrodkowym końcem przeciętego nerwu dodatkowego, u trzeciego psa nerw twarzowy zespolił z przeciętym nerwem błędnym. Z doświadczeń tych, wykonanych bardzo starannie i popartych długotrwałą obserwacyą zwierząt, wynika, że zespalając odrazu obwodowy koniec przeciętego nerwu twarzowego z dośrodkowym kikutem przeciętego nerwu dodatkowego lub błędnego, otrzymać można u psów zupełnie prawidłową czynność mięśni, zasilanych przez nerw twarzowy.

Mniej przekonywające pod względem klinicznym są doświadczenia Manassego. Autor ten u 5 psów wszczepił bocznie obwodowy koniec przeciętego nerwu twarzowego w nienaruszony nerw dodatkowy. Po upływie pięciu miesięcy mimika zwierząt pozostawiała bardzo dużo do życzenia, natomiast odczyn na prądy elektryczne był zupełnie prawidłowy zarówno ze strony mięśni, jak i nerwu twarzowego. Najbardziej zajmu-

jący jest atoli wynik badań histologicznych, które stwierdziły bezpośrednie wrastanie włókien jednego nerwu w drugi.

Jakkolwiek wyniki doświadczeń powyższych upoważniają do pewnych optymistycznych wniosków co do wartości zespalania nerwów, jednakże należy pamiętać, że warunki operacyi u człowieka są w przeważnej liczbie przypadków zgoła odmienne. Mamy tu bowiem do czynienia z porażeniami dawnemi, z postaciami, w których zabieg chirurgiczny stosowany bywa, jako ultimum refugium, po wyczerpaniu wszystkich środków, jakimi leczenie zachowawcze rozporządza. Nic dziwnego, iż niekiedy mamy do czynienia z tak daleko posuniętem zwyrodnieniem mięśni twarzy, że na pomyślny wynik zespolenia nerwów niewiele liczyć można. Tymczasem w doświadczeniu na zwierzęciu przeszczepienie następuje odrazu po przecięciu nerwu twarzowego, a więc wobec porażenia zupełnie świeżego. Dlatego też w ocenie wartości metod operacyjnych należy, zdaniem mojem, kierować się raczej doświadczeniem, zdobytem na materyale ludzkim, a opierającym się już na dość pokaźnej liczbie przypadków.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem opisy 51 przypadków odnośnych, z których 30 przypada na zespolenie z nerwem dodatkowym, 21 zaś — z nerwem podjęzykowym. Przyczyną porażenia nerwu twarzowego była najczęściej — bo w 17 przypadkach — operacya doszczętna na wyrostku sutkowym z powodu zapaleń przewlekłych lub żółciołojaków; w znacznej liczbie przypadków, mianowicie w 10 — porażenie wystąpiło po złamaniu czaszki, lub na skutek rany postrzałowej w okolicy ucha. Przewlekła sprawa zapalna, jako taka, również w 10 przypadkach była powodem porażenia. W szeregu przypadków przyczyna porażenia pozostała niewykryta, a w niewielkiej liczbie — porażenie zjawiło się, jako następstwo nowotworów w okolicy przyuszznicy i żuchwy, lub chorób zakaźnych. Wspomnieć tu należy o przypadku Kennedy'ego, w którym zespolenia dokonano z powodu długotrwałego, od 10 lat powtarzającego się, kurczu mięśni twarzy.

Poruszając z kolei wskazania do leczenia operacyjnego porażenia nerwu twarzowego, nie możemy—przedewszystkiem—pominąć milczeniem faktu, że nawet pooperacyjne, zupełne po-

rażenie, uledz może znacznej poprawie, a nawet ustąpić całkowicie po dłuższym przeciągu czasu, o ile chory był leczony starannie i systematycznie. Jeżeli przeto jedni autorowie doradzają zabieg operacyjny już tam, gdzie po upływie 6 miesięcy stan chorego nie poprawił się, inni zaś zwlekają z operacyą, wychodząc z założenia, że i po 3 latach nastąpić może poprawa pod wpływem leczenia samorzutnego — to zarówno pierwszy, jak drugi punkt widzenia nie jest, zdaniem mojem, przekonywający. Operując wszystkie przypadki po upływie 6 miesięcy od wystąpienia porażenia, narazić się można, w razie wyniku pomyślnego, na słuszny zarzut, że poprawa byłaby nastąpiła również pod wpływem leczenia zachowawczego. Z drugiej zaś strony, wynik niepomyślny operacyi, wykonanej po upływie wielu miesięcy, lub lat zależeć może częstokroć jedynie od zupełnego zwyrodnienia mięśni, zasilanych przez nerw twarzowy.

Dlatego też słuszne jest żądanie Alexandera, ażeby w wyborze wskazań do zabiegu kierować się, przedewszystkiem, stanem mięśni i odczynem na prądy elektryczne. Jeżeli po rocznem, systematycznem leczeniu zachowawczem czynność nerwu uszkodzonego nie powraca, jeżeli brak odczynu na prąd faradyczny, a pobudliwość nerwu na prąd galwaniczny zmniejsza się stale, jeżeli, nadto, uszkodzenie nerwu już to wskutek rany zzewnątrz zadanej, już też zależne od rozległej próchnicy kości— zajmuje przypuszczalnie znaczną przestrzeń, wówczas wskazany jest zabieg. W przypadkach zastarzałych, w których odczyn na prąd galwaniczny jest szybki, a pobudliwość na prąd faradyczny została częściowo zachowana, można jeszcze czas pewien stosować leczenie zachowawcze; zupełny zaś brak odczynu na prąd galwaniczny stanowić powinien przeciwwskazanie do zabiegu.

Równie względnie należy robić wskazania do zespolenia w przypadkach porażenia, zależnych od spraw zapalnych w sąsiedztwie kanału nerwu twarzowego, wiadomo bowiem, że sprawność nerwu bardzo często powraca tu samorzutnie; w tych razach bardziej uzasadniona byłaby już — niewątpliwie — operacya Alta, polegająca na uwolnieniu nerwu w kanale z otaczających martwaków i ziarniny. Porażenie t. z. reumatyczne nie

powinno — podług mnie — stanowić wskazania do zabiegu, jakkolwiek w trzech z pośród przypadków, zebranych przezemnie, dokonano zespolenia. Z tych jeden dotyczył chorego, u którego porażenie trwało 35 lat; wynik operacyi był ujemny. Co do czasu, w którym w przypadkach zestawionych dokonano zabiegu, to najwcześniej uczyniono to po upływie miesiąca, najpóźniej po 35 latach.

Odnośnie wyboru nerwu, z którym zespalano porażony nerw twarzowy, wspomniałem już wyżej, że pierwsze połączenie wykonane zostało z nerwem podjęzykowym — mianowicie przez Ballance'a.

Większość atoli pierwszych zwolenników operacyjnego leczenia posiłkowała się nerwem dodatkowym, względnie — gałązką jego, zasilającą mięsień czworoboczny. Jakkolwiek odnalezienie nerwu dodatkowego jest łatwiejsze, niż podjęzykowego, jednakże metodzie tej zarzucano, że przecięcie lub uszkodzenie nerwu dodatkowego pociąga za sobą porażenie odnośnej grupy mięśni i zanik barku, a w razie nieuszkodzenia nerwu każdemu wysiłkowi mimicznemu towarzyszą mniej lub więcej wyraźne, niepożądane współruchy łopatki. Co się tyczy ostatniego zarzutu — nie jest od niego wolna i druga odmiana tej operacyi, mianowicie zespolenie z nerwem podjęzykowym, tylko że współruchy języka bardziej są dla oka ukryte.

W ostatnich czasach zaczęto częściej stosować zespolenie z nerwem podjęzykowym. Tak też i ja postąpiłem. Korzyści tej metody są następujące. Nerw podjęzykowy jest grubszy, co niewątpliwie ułatwia szycie, wszczepianie w niego przeciętego nerwu twarzowego, lub też—jak w moim przypadku—wytwarzanie płata. Dalej, współruchy języka, towarzyszące dowolnemu unerwianiu twarzy, ukryte w jamie ustnej, mniej rzucają się w oczy, niż ruchy ramienia, lub łopatki. Co się zaś tyczy połowicznego niedowładu i zaniku języka, to, zgodnie ze zdaniem większości chirurgów i neurologów, dają się one choremu we znaki jedynie w pierwszym czasie po zabiegu, utrudniając mowę, żucie i połykanie pokarmów.

Dalszą zaletą tej metody ma być, podług niektórych autorów, i ta okoliczność, że ośrodek psychoruchowy nerwu twarzowego znajduje się bliżej ośrodka nerwu podjęzykowego, niż

dodatkowego; również i jądra nerwu twarzowego i podjęzykowego w rdzeniu przedłużonym połączone są za pomocą t. z. pęczka podłużnego tylnego. Ta to właściwość układu anatomicznego ma — jakoby — ułatwiać przejęcie czynności ośrodka porażonego nerwu twarzowego przez ośrodek nerwu, z którym zespolono nerw porażony.

W wyborze nerwu, z którym zamierzamy połączyć nerw porażony, należy też kierować się zawodem chorego. Dla człowieka, utrzymującego się z fizycznej pracy rąk swoich, przecięcie, a nawet uszkodzenie nerwu dodatkowego nie może być rzeczą obojętną; z drugiej zaś strony, upośledzenie czynności języka krzywdzi chorego, którego zawód zmusza do częstego mówienia.

Odnośnie samej techniki operacyjnej nadmienić muszę, że odnalezienie nerwu twarzowego, tak jak je podałem wyżej, nie zawsze należy do zabiegów łatwych. Wobec względnej rzadkości samego zabiegu, dobrze jest poprzedzić go operacyą na zwłokach, jak to uczyniłem w swoim przypadku.

Po szczegóły odsyłam czytelnika do opisu historyi choroby, przytoczonej na wstępie. Co do łączenia samych nerwów, to jedni łączą koniec przeciętego nerwu twarzowego z końcem przeciętego dodatkowego lub podjęzykowego, inni wszczepiają bocznie obwodowy koniec przeciętego nerwu porażonego w nerw zdrowy, albo też, wytworzywszy płacik z nerwu, mającego zastąpić porażony, zespalają koniec jego z końcem obwodowego kikuta nerwu twarzowego lub też wszczepiają w nadcięty nerw twarzowy. Krótko mówiąc — modyfikacye techniki operacyjnej są tu, jak widzimy liczne. Niektórzy zwolennicy całkowitego przecinania nerwu, z którym zamierzają zespolić nerw twarzowy, wychodzą między innemi z tego założenia, że wtedy zarówno jądro tego nerwu, jak i droga, łącząca je z ośrodkiem psychoruchowym w korze mózgowej, odrazu zostają odcięte od grupy mięśni, którą unerwiały dotychczas, a przeto prędzej przyzwyczajają się niejako do nowych warunków, t. j. do wysyłania bodźców nerwowych do mięśni twarzy. Że taki pogląd — pomijając już zakłócenie czynności mięśni zasilanych przez nerw przecięty — nie jest zupełnie słuszny, dowodzi chociażby przypadek Tillmanna, w którym współruchy

języka utrzymały się, pomimo przecięcia nerwu podjęzykowego przy samym języku. Tutaj już zaznaczyć trzeba, że dotychczas po operacyi nie udało się zupełnie wyłączyć współruchów grup mięśniowych, unerwianych przez nerw, użyty w celu zastąpienia nerwu porażonego.

Co się tyczy dalszych losów chorego po operacyi, to zbyteczne byłoby dodawać, że zabieg stanowi jeno niejako wstęp do leczenia następczego, które jaknajskrupulatniej wykonywać należy miesiącami, a nawet latami. Najważniejszą rolę odgrywa tutaj elektryzowanie zarówno poszczególnych mięśni twarzy, jak i samego porażonego pnia nerwowego, oraz mięsienie. Pozatem — należy chorego stopniowo przyuczać do zmienionych warunków, w jakich po operacyi odbywa się unerwianie terytoryum porażonego, innemi słowy — zmuszać go do wysyłania bodźców nerwowych z ośrodków nerwu, użytego do zespolenia. Chory musi zrozumieć, że chcąc dowolnie wywołać ruchy twarzy, powinien wysyłać bodźce nerwowe do mięśni unerwianych przez nerw, z którym połączono nerw twarzowy — ale jednocześnie starać się ograniczać skurcze tych mięśni do rozmiarów najmniejszych. Naukę tę, zarówno mozolną dla chorego, jak dla lekarza, ułatwia wykonywanie ruchów przed zwierciadłem.

* * *

Jakie są wyniki zespolenia porażonego nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym, lub podjęzykowym? czego możemy spodziewać się po tym zabiegu? czy spełnił on pokładane w nim nadzieje? Postaram się pokrótce odpowiedzieć na te pytania, poddając otrzymane wyniki ocenie krytycznej z punktu widzenia neurologicznego, przyczem posiłkować się będę głównie wyczerpującą pracą Bernhardta, a także opisami niektórych przypadków, przytoczonych na końcu mojej pracy.

Następstwem zupełnego przecięcia nerwu twarzowego jest zwyrodnienie gałązek obwodowych oraz znaczne zmiany w unerwianych przez nie mięśniach. Takie same zmiany występują w mięśniach, zasilanych przez nerw, mający zastąpić nerw twarzowy. Jeżeli połączyć kikuty przeciętych nerwów, to z dośrodkowego końca nerwu zdrowego wrastają nowe włókna

nerwowe w nerw twarzowy; dowodzą tego zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i doświadczenia Manassego na zwierzętach. Sprawa ta postępuje atoli bardzo wolno, przyczem część włókien nerwu porażonego — niewątpliwie — nie zostaje ujęta w szew i odradzaniu się nie ulega.

Powrót ruchów dowolnych porażonej połowy twarzy starano się wytłómaczyć, wprowadzając pojęcie t. z. „reéducation“, która, według Bernhardta, polega na stopniowem uświadamianiu sobie, iż, chcąc poruszać twarzą, chory musi wysyłać bodźce do mięśni, zasilanych przez nerw dodatkowy, lub podjęzykowy, a jednocześnie powinien skurcze tych mięśni ograniczać do minimum. Zrozumiałą jest rzeczą, że o ile jeden z tych nerwów nie został całkowicie przecięty, ruchom twarzy prawie zawsze towarzyszyć będą współruchy barku lub języka. Dla powrotu czynności porażonej połowy twarzy nader ważny jest spostrzegany przez szereg autorów fakt, że terytorya porażone po latach jeszcze zachowują zdolność odczynu na bodźce elektryczne i impulsy woli. Fakt powyższy stwierdzili w swoim przypadku Ballance i Stewart (przyp. № 7). W przypadku tym, gdzie porażenie zupełne z odczynem zwyrodnienia trwało 3 lata, podczas operacyi otrzymano skrucze mięśni twarzy pod wpływem prądu faradycznego, działającego na obnażony nerw twarzowy. Spostrzeżenia takie zachęcają bezsprzecznie do prób w kierunku leczenia operacyjnego.

Korzyści zespolenia nerwu zdrowego z porażonym są następujące. Przedewszystkiem w większości przypadków, a do tych zalicza się i mój, udaje się osiągnąć prawie zupełną poprawę asymetryi twarzy w spokoju—wynik, pod względem kosmetycznym, zwłaszcza u kobiet, niewątpliwie wysoce dodatni. Powtóre — chory częstokroć zupełnie, a przynajmniej w znacznym stopniu, odzyskuje sprawność ruchów dowolnych porażonej połowy twarzy.

Jednakże korzyści te chorzy bardzo często okupują przykrymi współruchami, a pozatem prawie nigdy nie odzyskują mimowolnych, mimicznych ruchów twarzy, wyrażających stany psychiczne i towarzyszących mowie. Współruchy mięśni, unerwianych przez nerw, użyty do zespolenia, występują niezależnie od tego, czy nerwem tym jest nerw dodatkowy, czy też

podjęzykowy. Stwierdza to większość chirurgów, którzy dokonali zespolenia, jakkolwiek z przypadków, podanych przez Tubbyego, Bardenheuera i Fraziera, zdaje się wynikać, że autorowie ci współruchów nie spostrzegali.

Bardenheuer przypisuje to zupełnemu przecięciu nerwu podjęzykowego w swoim przypadku. Takiemu poglądowi przeczy, poniekąd, przypadek Tillmanna, w którym przed zespoleniem przecięto nerw podjęzykowy tuż przy języku, i gdzie ruchom twarzy towarzyszyły potem stale ruchy połykowe, lub ruchy języka. Zdaniem Bernhardta, współruchy języka, występujące pomimo przecięcia nerwu podjęzykowego, zależą przypuszczalnie od tego, że każda grupa mięśnia języka posiada ośrodki ruchowe w obu półkulach mózgu.

Jak widzimy — sprawa ta nie jest jeszcze zupełnie jasna; do wyświetlenia jej przyczynią się, być może, dalsze, dokładniejsze spostrzeżenia kliniczne i badania doświadczalne. Tymczasem zaś stwierdzony został fakt, że nawet całkowite przecięcie nerwu, mającego zastąpić nerw twarzowy, nie zawsze zabezpiecza chorego od współruchów odnośnej grupy mięśni. Przypuściwszy teraz, że chory po operacyi odzyskał ruchy dowolne porażonej połowy twarzy, że asymetrya w spokoju nie rzuca się w oczy, że, wreszcie, współruchy łopatki lub języka nie dają się mu we znaki — zgodzić się należy z punktem widzenia Bernhardta, że, dopóki zabieg operacyjny nie zapewni choremu prawidłowej mimiki, t. j. możności odbicia na twarzy stanów psychicznych, dopóty metody tej za idealną uważać nie należy.

Szereg zaś przypadków dowodzi, że chorzy przeważnie tych właśnie mimowolnych, symetrycznie występujących ruchów nie odzyskują; zamiast nich na twarzy zjawia się często grymas, twarz szpecący. Zrozumienie tego zjawiska ułatwiają poniekąd wyniki badań Nothnagela, a zwłaszcza Sternberga, którzy zaznaczają wyraźnie, że dowolne ruchy czynne twarzy — a mimowolne ruchy mimiczne — są to dwie rzeczy odmienne i zależą, najprawdopodobniej, od rozmaitych ośrodków w mózgu.

Podczas gdy, dzięki wprawie i wysiłkowi woli, choremu udaje się osiągnąć jednostronne, dowolne ruchy połowy twarzy, posiłkując się nowymi torami zdrowego nerwu — bodźce mimo-

wolne i odruchowe nie znajdują właściwej drogi do porażonego nerwu twarzowego, i dlatego dotychczas nie udało się powrócić takim chorym ruchów mimicznych. Jest to wprawdzie ujemna strona postępowania operacyjnego, wszakże, wobec przytoczonych wyżej korzyści, zespolenie nerwu porażonego ze zdrowym jest, bez wątpienia, zabiegiem, zasługującym na uwzględnienie.

Na zakończenie pozwalam sobie podać tabelarne zestawienie przypadków, jakie udało mi się zebrać z dostępnego mi odnośnego piśmiennictwa.

№	Autor	Wiek chorego i przyczyna porażenia	Czas trwania porażenia	Rodzaj zabiegu	Dalszy przebieg i wyniki operacyi
1	Alt.	9-letnie dziecko. Operacya, podczas której musiano usunąć martwak, obejmujący niemal cały błędnik kostny. Porażenie wystąpiło natychmiast po zabiegu—z prawej strony.	1 miesiąc.	Boczne wszczepienie obwodowego końca nerwu twarzowego, przeciętego przy dziurze rylcowosutkowej, w nadcięty do połowy grubości nerw podjęzykowy.	Na razie porażenie prawej połowy języka i trudności w łykaniu. Po upływie 4 miesięcy zmniejszenie się niedomykalności powieki. Ruchy ust niewykonalne. Po upływie 5 miesięcy asymetrya twarzy widoczna tylko podczas mowy, lub śmiechu. Po 2 latach asymetrya znikła. Domykalność powiek zupełna. Ruchy kąta ust prawidłowe. Fałda nosowowargowa wyraźna. Częściowy powrót pobudliwości na prąd galwaniczny.
2	Alexander.	20-letni mężczyzna. Porażenie całkowite lewostronne wskutek przewlekłego ropienia w lewej jamie bębenkowej. Podczas operacyi doszczętnej stwierdzono brak kanału nerwu twarzowego i samego nerwu. Wszędzie ziarnina.	6 lat.	Wszczepienie obwodowego końca przeciętego nerwu twarzowego bocznie w nerw podjęzykowy.	Po upływie 6 tygodni stan chorego bez zmiany.
3	Ballance i Stewart.	11-letni chłopiec. Lewostronne porażenie pooperacyjne.	6 miesięcy.	Połączenie nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym.	Po upływie 7 miesięcy asymetrya. Nerw twarzowy oddziaływa na prądy elektryczne. Ruchom dowolnym lewej połowy twarzy towarzyszą ruchy mięśnia czworobocznego.

№	Autor	Wiek chorego i przyczyna porażenia	Czas trwania porażenia	Rodzaj zabiegu	Dalszy przebieg i wyniki operacyi
4	Ballance i Stewart.	23-letnia kobieta. Od 20 lat ropienie z ucha. Prawostronne porażenie pooperacyjne. Żółciołojak.	5 miesięcy.	Połączenie nerwu twarzowego z dodatkowym.	Pierwsze oznaki poprawy po upływie 9 miesięcy. Kosmetyczny wynik dobry. Ruchy twarzy możliwe tylko równocześnie z ruchami łopatki.
5	Ballance i Stewart.	33-letnia kobieta. Całkowite porażenie prawostronne po operacyi. Pobudliwość na prądy elektryczne bardzo osłabiona.	6 miesięcy.	Jak wyżej.	Po upływie 3 miesięcy nieznaczne dowolne ruchy twarzy. Po 2 miesiącach powraca odczyn na prąd galwaniczny. Ruchy czynne możliwe jedynie wraz z ruchami łopatki, którą chory przytrzymuje lewą ręką. Po 10 miesiącach dalsza poprawa. Asymetrya podczas śmiechu.
6	Ballance i Stewart.	36-letnia kobieta. Lewostronne porażenie pooperacyjne, odczyn zwyrodnienia.	$4^1/_2$ miesiąca.	Jak wyżej.	Po $4^1/_2$ miesiącach powrót ruchów w obrębie gałązki górnej. Po 7 miesiącach wracają ruchy w mięśniach pozostałych. Po 10 miesiącach ruchy powiek.
7	Ballance i Stewart.	15-letnia panna. Prawostronne porażenie wskutek złamania podstawy czaszki.	3 lata.	Jak wyżej.	Po 5 miesiącach początek poprawy, która postępuje powoli. Ruchom twarzy towarzyszą ruchy łopatki.
8	Ballance i Stewart.	18-letnia panna. Porażenie pooperacyjne.	6 miesięcy.	Jak wyżej.	Po $4^1/_2$ miesiącach poprawy jeszcze niema.
9	Ballance i Stewart.	44-letnia kobieta. Porażenie wskutek guza żuchwy.	1 rok.	Połączenie nerwu twarzowego z podjęzykowym—koniec z końcem.	Po 3 miesiącach niema jeszcze poprawy.

10	Bardenheuer.	Lewostronne porażenie całkowite. Znaczna niedomykalność powiek. Przyczyną była ropówka szyi i znaczny brak nerwu twarzowego. Odczyn zwyrodnienia.	16 lat.	Połączenie końca nerwu twarzowego z końcem nerwu podjęzykowego.	Po 6 tygodniach powróciła domykalność oka i ruchy dowolne twarzy z wyjątkiem czoła. W ciągu 2 tygodni utrudnienie mowy, po 4 tygodniach — poprawa. Współruchów nie zauważono.
11	Cushing.	30-letni mężczyzna. Porażenie prawostronne wskutek rany postrzałowej.	6 tygodni.	Połączenie końca przeciętego nerwu twarzowego z końcem nerwu dodatkowego.	Po $2^1/_2$ miesiącach asymetrya w spokoju mniejsza; powracają dowolne ruchy powiek. Po $3^1/_2$ miesiącach ruchom barku towarzyszą ruchy twarzy. Domykalność powiek lepsza. Po 5 miesiącach wracają ruchy czoła, którym rzadziej towarzyszą współruchy barku. Ruchy powieki jeszcze nieznaczne. Po 7 miesiącach wraca pobudliwość na prądy faradyczne. Po 9 miesiącach energicznym ruchom barku i głowy towarzyszą jeszcze ruchy twarzy, słabszym—nie. Zauważono już wyraźniejszą dyssocyacyę rozmaitych grup mięśniowych.
12	Cumston.	37-letni mężczyzna. Całkowite porażenie pooperacyjne.	3 miesiące.	Wszczepienie obwodowego odcinka nerwu twarzowego w nerw podjęzykowy.	Po upływie 2 miesięcy poprawa asymetryi i ruchów dowolnych.
13	Davidson.	21-letni mężczyzna. Zupełne porażenie prawostronne po chorobie zakaźnej. Odczyn zwyrodnienia.	20 lat.	Boczne wszczepienie przeciętego nerwu dodatkowego w nerw twarzowy.	Po 3 latach wynik ujemny.
14	Davidson.	30-letni chory. Porażenie wskutek operacyi guza przyusznicy.	6 miesięcy.	Połączenie nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym.	P 3 latach poprawa ruchów dowolnych i asymetryi. Energiczne skurcze jakiejkolwiek grupy mięśni ciała wywołują skurcz twarzy.

№	Autor	Wiek chorego i przyczyna porażenia	Czas trwania porażenia	Rodzaj zabiegu	Dalszy przebieg i wyniki operacyi
15	Davidson.	12-letnia dziewczyna. Porażenie wskutek rany ciętej szkłem za uchem i ropnia.	6 miesięcy.	Połączenie nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym.	Po $2^1/_4$ latach poprawa.
16	Drobnik.	Porażenie pochodzenia zapalnego.	—	Połączenie końca n. twarzowego z końcem n. dodatkowego.	Po upływie kilku miesięcy poprawa asymetryi.
17	Elsberg.	Kobieta 30-letnia. Lewostronne porażenie.	Od dzieciństwa.	Jak wyżej.	Po upływie 6 miesięcy początek poprawy.
18	Fabrikant.	30-letni chory. Sprawa zapalna.	6 lat.	Jak wyżej.	Po 7 miesiącach powraca domykalność powiek i ruchy czoła.
19	Fabrikant.	23-letnia kobieta. Sprawa zapalna.	1 rok.	Wszczepienie nerwu twarzowego w nerw dodatkowy.	Poprawa po upływie pół roku.
20	Faure.	Mężczyzna 49-letni. Postrzał w okolicę ucha. Odczyn zwyrodnienia.	$1^1/_2$ roku.	Zespolenie gałązki nerwu dodatkowego, zasilającej mięsień czworoboczny, z obwodowym końcem nerwu twarzowego.	Po upływie 3 lat asymetrya bez zmiany. Domykalność powieki wróciła. Po 4 latach asymetrya mniejsza. Ruchy dowolne słabe—w zależności od współruchów łopatki.
21	Frazier i Spiller.	Rana postrzałowa w okolicy ucha.	5 miesięcy.	Połączenie n. twarzowego z n. podjęzykowym, koniec z końcem.	Współruchów niema.
22	Grant.	Postrzał w prawe ucho.	$4^1/_2$ miesiąca.	Dośrodkowy kikut n. dodatkowego z obwodowym n. twarzowego; prócz tego gałęź zstępująca n. podjęzykowego z obwodowym końcem n. podjęzykowego.	Po $6^1/_2$ miesiącach powróciła czynność mięśni twarzy, tylko marszczenie brwi niedostateczne.

23	Gottstein.	Mężczyzna 22-letni. Zapalenie ucha.	—	Połączenie n. twarzowego z n. podjęzykowym — koniec z końcem.	—
24	Gottstein.	14-letnia dziewczynka. Zapalenie ucha.	—	Jak wyżej.	Po 6 latach wynik dobry.
25	Gottstein.	4-letnie dziecko. Zapalenie ucha.	—	Jak wyżej.	—
26	Gluck.	Chłopiec kilkunastoletni. Prawostronne porażenie pooperacyjne.	5 lat.	Połączenie obwodowego końca przeciętego n. twarzowego z przeciętym końcem gałązki n. dodatkowego — zasilającej m. mostkowosutkowy.	Po 5 latach asymetrya w spokoju jeszcze widoczna, pozatem wyraźny zanik łopatki i m. mostkowosutkowego. Wyraźne współruchy. Mimika nieszczególna. Zamiast uśmiechu na twarzy zjawia się grymas.
27	Hackenbruch.	Dziecko 9-letnie. Porażenie ostre, prawdopodobnie pochodzenia ośrodkowego. Pobudliwość na prądy elektryczne zachowana.	8 lat.	W nerw twarzowy wszczepiono płat z nerwu dodatkowego.	Po upływie 9 miesięcy powracają ruchy kąta ust. Pobudliwość na prądy elektryczne wzmogła się. Asymetrya znikła prawie zupełnie.
28	Ito i Soyesima	14-letni chłopiec. Prawostronne porażenie reumatyczne z częściowym odczynem zwyrodnienia.	1 rok.	Wszczepienie dośrodkowego odcinka nerwu dodatkowego w nerw twarzowy.	Po 4 latach asymetrya twarzy występuje podczas śmiechu. Podnoszeniu barku towarzyszą kloniczne skurcze twarzy. Pobudliwość elektryczna jeszcze upośledzona.
29	Ito i Soyesima	14-letnia dziewczyna. Prawostronne porażenie pochodzenia niewiadomego; częściowy odczyn zwyrodnienia.	1 rok.	Jak wyżej.	Po 4 miesiącach asymetrya tylko podczas ruchów. Ruchy dowolne zaczynają powracać. Po 13 miesiącach dalsza poprawa ruchów dowolnych.
30	Ito i Soyesima.	36-letni mężczyzna. Lewostronne porażenie reumatyczne.	35 lat.	Wszczepiono płat z nerwu podjęzykowego w n. twarzowy.	Po 3 tygodniach niema poprawy.

31	Ito i Soyesima.	20-letni mężczyzna. Prawostronne porażenie wskutek rany za uchem.	12 lat.	Wszczepiono płat z nerwu podjęzykowego w n. twarzowy.	Po 9 miesiącach — poprawa domykalności oka, pozatem bez zmiany.
32	Ito i Soyesima.	25-letnia kobieta. Sprawa zapalna policzka — porażenie prawostronne. Osłabienie pobudliwości elektrycznej.	12 lat.	Jak wyżej.	Poprawa ruchów dowolnych kąta ust, czoła i powieki.
33	Ito i Soyesima.	28-letnia kobieta. Reumatyczne porażenie prawostronne.	15 lat.	Wszczepienie nerwu podjęzykowego w nerw twarzowy.	Po 6 miesiącach asymetrya bez zmiany — poprawa ruchów dowolnych.
34	Keen.	Lewostronne porażenie wskutek postrzału.	—	Połączenie nerwu twarzowego z płatem nerwu dodatkowego.	Po 2 miesiącach bez zmiany.
35	Kennedy.	46-letnia kobieta. Skurcze twarzy od 10 lat	—	Przecięcie nerwu twarzowego i wszczepienie w n. dodatkowy.	Po 15 miesiącach ruchy powieki prawidłowe. Poprawa ruchów ust i policzka.
36	Kennedy.	Dziecko $3^1/_2$ letnie. Zapalenie ucha średniego.	3 miesiące.	Połączenie nerwu twarzowego z n. dodatkowym.	Po upływie 3 lat domykalność powiek powróciła. Mimika jeszcze słaba.
37	Körte.	38-letnia kobieta. Porażenie pooperacyjne po przecięciu nerwu twarzowego.	—	Boczne wszczepienie n. twarzowego w n. podjęzykowy.	Po 4 latach znaczna poprawa asymetryi w spokoju. Ruchy czoła i powieki upośledzone. Ruchom ust towarzyszą współruchy języka. Żucie i połykanie utrudnione. Mimika nieszczególna.

38	Lafite-Dupont.	27-letnia kobieta. Porażenie po wydłutowaniu błędnika.	10 miesięcy.	Połączenie nerwu twarzowego z n. podjęzykowym.	Po upływie 6 miesięcy zaczynają powracać ruchy czynne. Po 7 miesiącach powraca pobudliwość elektryczna. Poprawa asymetryi i ruchów dowolnych.
39	Mintz.	30-letni mężczyzna. Lewostronne porażenie pooperacyjne.	4 miesiące.	Połączenie obwodowego końca n. twarzowego z dośrodkowym n. dodatkowego.	Po 2 miesiącacb powróciła domykalność powieki, po 6 miesiącach nieznaczna asymetrya.
40	Morestin.	49-letnia kobieta. Złamanie podstawy czaszki.	$2^1/_2$ miesiące.	Nerw twarzowy połączono z gałązką n. dodatkowego dla mięśnia mostkowosutkowego.	W rok po operacyi wyraz twarzy prawidłowy. Ruchy dowolne prawie wszystkie wróciły.
41	Pflaumer.	Lewostronne porażenie pooperacyjne.	3 miesiące.	Obwodowy koniec nerwu twarzowego wszczepiono bocznie w n. dodatkowy.	Po 3 miesiącach powrócił odczyn mięśni ust, po 18 — mięśni czoła na prąd galwaniczny. Asymetrya znikła.
42	Schröder.	Porażenie pooperacyjne.	—	Nerw twarzowy połączono z n. dodatkowym.	Poprawa.
43	Steiner.	Lewostronne porażenie z powodu przewlekłego ropienia w jamie bębenkowej.	4 lata.	Zespolenie końca przeciętego n. twarzowego z końcem przeciętego n. dodatkowego	Po upływie $5^1/_2$ miesięcy odczyn zwyrodnienia ustąpił. Po 9 miesiącach powróciła domykalność oka. Zanik mięśni szyi i barku. Wyraźne współruchy.
44	Szteyner.	20-letni mężczyzna. Całkowity bezwład prawostronny wskutek rany postrzałowej.	—	Zespolenie nerwu twarzowego z n. dodatkowym.	Po 4 miesiącach powracają ruchy powieki, potem ust. Po 11 miesiącach chory dobrze zamyka oko, gwiżdże, nadyma policzki.
45	Sick.	23-letni mężczyzna. Prawostronne porażenie pooperacyjne.	5 miesięcy.	Zespolenie n. dodatkowego z n. twarzowym— koniec z końcem.	Po 3 latach asymetrya prawie zupełnie ustąpiła. Domykalność powiek zupełna. Chory gwiżdże. Odczynu zwyrodnienia niema.

№	Autor	Wiek chorego i przyczyna porażenia	Czas trwania porażenia	Rodzaj zabiegu	Dalszy przebieg i wyniki operacyi
46	Spisharny.	Rana postrzałowa.	—	Zespolenie nerwu twarzowego z n. podjęzykowym—koniec z końcem.	Powrót czynności z wyjątkiem marszczenia czoła.
47	Tillmann.	Porażenie pooperacyjne, wskutek zabiegu doszczętnego.	6 miesięcy.	Jak wyżej.	Po 9 miesiącach pierwsze drgania twarzy, ale w zależności od ruchów języka. Po 5 latach wróciła domykalność powiek i ruchy kąta ust. Gałązka górna bez zmiany. Asymetryi niema. Pozostały współruchy.
48	Tubby.	19-letni mężczyzna. Lewostronne porażenie po operacyi usunięcia guza za uchem.	4 miesiące.	Boczne wszczepienie obwodowego końca n. twarzowego w n. podjęzykowy.	Po 4 miesiącach ruchy dowolne powróciły, asymetrya nieznaczna. Współruchów niema.
49	Weir.	26-letnia kobieta. Porażenie pooperacyjne.	—	Zespolenie nerwu twarzowego z n. podjęzykowym.	—
50	Wanach.	—	—	Jak wyżej.	Po $3^1/_2$ latach wynik zadawalający.
51	Wanach.	—	—	Jak wyżej.	Po $2^1/_2$ latach wynik dobry.

PIŚMIENNICTWO.

1. Alt. Anastomosenbildung zwischen N. hypogl. u. fac. Wien. kl. Woch. 1908, № 20.
2. Alt. Beitraege zur Behandlung d. periph. Facialislaehmung. Wien. kl. Woch. 1906, № 43.
3. Aleksander. Zur Chirurg. Behandlung d. periph. Facialislaehmung. Arch. f. Ohrenheilkunde. 1904, Bd. 62.
4. Aleksander. Wiener klin. Woch. 1904, № 9 i 1906, № 8.
5. Ballance Ch. The operative treatment of chron. facial paralysy. Brit. med. Journ. 1903, May 30.
6. Ballance Ch. i Stewart. Ibid. May 2.
7. Barrago-Ciarella. La sutura dell'accessorio di Villis col faciale, nella paralitide del faciale. Il policlinico. 1901.
8. Bardenheuer. Implantation d. durchtrenten Hypoglossus in d. periph. Theil d. linken n. facialis. Munch. med. Woch. 1904, № 28.
9. Bardenheuer und Samberh. Zwei Faelle v. Facial. Hypogl. Anastom. Köln. 1904.
10. Bernhardt. Ueber Nervenpfropfung bei periph. Facialislähmung, vorwiegend von neurolog. Standpunkte. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. Bd. 16.
11. Cushing. The surgic. treatment of fac. paralys. by nerve-anastomos. Ann. of. Surgery. 1903, vol. 37.
12. Davidson. Ueber die Nervenpfropfung im Gebiete des nervus facialis. Beitr. zur klin. Chir. Bd. 55, str. 427.
13. Drobnik u Chipault. État actuel de la chir. nerveuse. 1903, tom 2.
14. Elsberg. Journ. of nervous and mental diseases. 1905, v. 32.
15. Faure. Traitement chirurg. de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale. XII Congr. de chir. Paris. 1898.
16. Faure. To samo. XIV Congr. de chir. Paris. 1901.
17. Faure. La cure chir. de la paral. fac. Bulletins de la soc. de chir. T. 29, № 28.
18. Faure i Furet. Sur le traitement i t. d. Gazette hebdomad. 1898.
19. Frazier i Spiller. The surgic. treatment of facial paralys. Univ. of Pennsylvania, med. Bull. 1903, Nov.
20. Fabrikant. Zur Frage d. operat. Heilung traumat. Facialis-Laehmung. Charkow. med. Journ. 1908.
21. Gluck. Ueber Nervenplastik i t. d. Berl. klin. Woch. 1903, № 34.
22. Gluck. Ueber Nervenplastik i t. d. Zeitschr. f. phys. Ther. 1906, Bd. 9.
23. Gottstein. Drei Fülle von Facialis-Hypoglossus-Anastomose. Bresl. Chir. Gesell. ref. in Centrlbl. f. Chir. 1912, № 31.

24. Grant. Traumat. fac. paralysis. Journ. of the amer. med. assoc. Vol. 55, № 17, 1910.
25. Hackenbruch. Zur Behandlung der Gesichtslahmung. Arch. f. klin. Chir. 1903, Bd. 71.
26. Keen. Le traitement de la paral. fac. Cyt. w Semaine med. 1904, № 10
27. Korte. Ein Fall. v. Nervenpfropfung. D. med. W. 1903, № 17.
28. Kennedy. Experiments of the restauration of paralysed muscles by means of fac. nerve. Brit. med. J. 1911. July 1 i cyt. u Faure.
29. Lafite-Dupont. Suture du facial à l'hypoglosse. Revue hebdom. de laryng. 1905, № 52 i 1908, № 42.
30. Manasse. Ueber Vereinigung d. nervus fac. i t. d. Arch. f. klin. Chir. Bd. 62.
31. Mintz. Durch Nervenanastomose geheilte traumat. Facialislaehmung. Centrlbl. f. Chir. 1904, № 22.
32. Morestin. XIV et XV Congr. de Chir. Paris. 1901—1902.
33. Pflaumer. Tratamiento quirurgico de la paral. fac. Ref. w Centrlbl. f. Ch. 1906, № 17.
34. Rocher. Anastomose spinofaciale. Journ. de med. de Bordeaux. 1907, № 1.
35. Rothmann. Diskuss. w Berl. Ges. f. Psych. Berl. kl. Woch. 1903. № 34 i 35.
36. Spisharny. Zur Frage d. Nervenplastik bei Fac.-Laehmung. Russkij Wracz. 1908, № 25.
37. Schröder. Centrlbl. f. chir. 1904, № 40.
38. Sick. Anastom. d. periph. Facialis u. d. Accessorius. D. med. Woch. 1905, № 16.
39. Sprengel. 32 Kongr. d. D. Ges. f. Chir. 1903.
40. Steiner. Facialis-plastik mit Demonstration. 35 Kongr. 1906.
41. Szteyner. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1901.
42. Soyesima i Ito. Zur Behandlung d. Facialis-laehmung d. Nervenpfropfung. D. Zeitschr. f. Chir. T. 90.
43. Taylor. Med. record. 1905 March 4.
44. Taylor. Journ. of the amer. med. Ass. 1906 March 24.
45. Taylor i Clark. Med. Rec. 1904 Febr. 27.
46. Tillmann. Vorstellung eines Falles v. Facialis-Hypogl-Anast. D. med. W. 1906, № 10.
47. Tubby. Hunterian oration on recent surgical methods in the treatment of certain forms of paralysis. Brit. med. journ. 1906 March 3.
48. Villar. Traitement chirurgic. de la paralysie faciale par l'anastomose. Revue hebdom. de laryng. 1904, № 34 i 41.
49. Wanach. Zur oper. Beh. d. Facialis-Laehmung. Russki Wratch. 1912. № 30. Ref. w Centr. f. Chir. 1912, № 49.
50. Weir. Cyt. u Taylor i Clark. Med. Record. 1904.

Zwężenia okrężnicy.

Z metodyki badań rentgenologicznych

podał

J. M. JUDT.

Rentgenologia liczy już liczny poczet przypadków zwężeń kiszkowych, rozpoznanych za pomocą metody bizmutowej. Uplastycznienie zmian omawianych nie należy atoli do zadań łatwych i dużo jest, niewątpliwie, przypadków przeoczonych. Przedewszystkiem do nieuchwytnych należą te guzy, które wytworzyć nie zdołały poważnego zwężenia, ani wypuklenia grzybiastego na ścianie jelita. Guzy płaskie, rozlane, nawet okrężne, niweczą znaczenie bizmutu, jako czynnika, modelującego odlew terenu chorego. Bizmut przechodzi dalej bez zatrzymywania się, lub zdąża szybciej nawet, ponieważ przewężenia nacieczone tracą swe napięcie mięśniowe i rolę hamulców w posuwaniu się kału.

Istnieją wszakże i guzy grzybiaste, a pomimo to wymykające się z ram kontroli rentgenologicznej. Zdarzenia takie zależą od wad metodyki zazwyczaj stosowanej.

Chory spożywa mieszankę bizmutową, poczem prześwietlany zostaje w pewnych odstępach czasu, najczęściej po upływie godzin 6, 12, 24, 48 i t. d.

Oczywiście, zatracić możemy w ten sposób okres odpowiedni, chwilę, kiedy bizmut przeciskać się zaczyna przez kanał zwężenia.

W istocie swej rozpoznawanie zwężeń kiszkowych nie różni się od zwężeń przełyku. Tu, atoli, spostrzeżenia czyni-

my bezpośrednio, bez straty czasu, gdy badania zwężeń kiszkowych trwać muszą niekiedy po dni kilka.

Nawet wlewanie zwyczajne bizmutu przez odbytnicę częstokroć zadania nie rozwiązuje. Wprawdzie pozwalają one na spostrzeżenia doraźne, nie łatwo jest jednak o równomierny podział zawiesiny wodnej we wszystkich odcinkach okrężnicy aż do kątnicy.

Zanim szczegółowiej omawiać tu będę metodykę badań, opracowaną w zakładzie moim, przypomnieć należy, że Haenisch *) w 1911 roku podał dobry pomysł ułatwiający.

Rzecz polega na rentgenoskopii bezpośredniej podczas wprowadzenia enemy bizmutowej, a więc na metodyce, znanej z badań nad cierpieniami przełyku i żołądka. Do tego celu służy trochoskop lub klinoskop, stół, na którym badany leży, a promienie X tryskają z komory dolnej, z pod stołu — ku górze.

Badający ma pod ręką szereg przyborów do kierowania zwrotami pokładu ruchomego rurki, tła świetlistego, blend. Procedura cała odbywa się pociemku. Spostrzegamy na ekranie bieg strumienia bizmutowego poprzez odbytnicę, esicę, przez okrężnicę całą, aż do zastawki Bauhina. Wysokie wprowadzenie zgłębnika niema celu żadnego, gdyż guma zwija się w bańce odbytnicy i wywołuje ból. Bizmut dosięga jelita ślepego bez względu na wysokość położenia kanki.

Zawiesina sięga niekiedy i dalej jeszcze, wypełniając częściowo i jelito kręte. Zastawka Bauhina nie stwarza zapory nieprzebytej. Anatomicznie zastawka ta nie jest klapą zupełną, a wreszcie znamy już dzisiaj i stan jej niedomogi.

Jakże rzecz przedstawia się w zwężeniu okrężnicy? Spostrzegamy wtedy na ekranie świetlistym wolniejszy bieg zawiesiny bezpośrednio przed zwężeniem. Badany odczuwać zaczyna ból, potęgujący się wraz z ilością wprowadzanej mieszaniny. Odcinek poprzedzający (odśrodkowy) ulega rozszerzeniu. Zwolna przeciska się wąskie pasemko bizmutu przez odcinek zwężony. Pasemko to w odcinku dalszym, zdrowym, ulega roz-

*) Ueber die Roentgendiagnose bei Dickdarmuntersuchungen. Z siódmego zjazdu rentgenologów w Berlinie.

szerzeniu, choć już niezawsze uwydatnić się daje właściwy zarys przewężeń haustralnych. Kanał zwężenia przedstawia postać niejednolitą, co uwarunkowane jest typem zmian anatomopatologicznych.

Istotna wartość metody trochoskopowej polega nietylko na bezpośredniem spostrzeganiu zwężeń. Posiada ona znaczenie czynnika, częstokroć różnicującego zwężenia spastyczne, przegięcia zwężające i niedrożność, zależną od ucisku z zewnątrz. Wszystkie te stany chorobowe stwarzają niekiedy przeszkodę dla fali bizmutowej, ale zaporę tego rodzaju, że możemy przemódz ją czy to za pomocą mięsienia ściany brzusznej, czy przez wzmożenie ciśnienia w enemie. Przewaga metody trochoskopowej nad wlewaniem zwykłem, a tembardziej nad spożywaniem kaszy bizmutowej, jest tak doniosła, że tworzyć powinna czynnik bezwarunkowy w metodyce rentgenologicznej. Jednak trochoskopia jelit po zwykłem wlewaniu bizmutu posiada braki niektóre.

1. Nie każdy utrzymać potrafi enemę obfitą, konieczną dla uplastycznienia całej okrężnicy. Zjawia się parcie silne, przeważnie w chwili, gdy bizmut wypełniać zaczyna odcinek wstępujący i kątnicę.

2. W przypadkach niedomogi zastawki Bauhina część spora zawiesiny przenika do jelit cienkich, a wtedy niektóre dzielnice okrężnicy nie zarysowują się wyraźnie.

3. Niedostateczne wypełnienie całej okrężnicy zależeć też może od wrodzonego, lub nabytego rozszerzenia esicy (megacolon sigmoideum), co, jak wiadomo, wydarza się nierzadko.

4. W przypadkach, kiedy do światła chorej kiszki dostają się nieznaczne ilości bizmutu—o ile cierpienie dosięga znacznego stopnia—tracimy zgoła pojęcie o wymiarze podłużnym zwężenia. Ta sama okoliczność usuwa z przed oczu badającego obraz jelita zdrowego — dośrodkowego.

5. Wlewanie bizmutu nie udziela wskazówek w przypadkach zwężeń jelit cienkich i omija zupełnie czynność ruchową okrężnicy.

6. Wiemy także co nieco o t. zw. wentylowym układzie zwężenia, które staje się drożnem tylko dla jednego kierunku zawartości kiszkowej. Jednostronne wprowadzenie bizmutu prze-

oczyć może zupełnie istotę ciepienia (przypadki Finsterera i Schwarza).

* * *

Od roku przeszło stosuję trochoskopię w innej postaci, która usuwa pomienione powyżej braki.

Rzecz polega na dwu szczegółach. Łączymy metodę podawania bizmutu per os et per rectum. Następnie stosujemy bizmut w gęstym odwarze z mączki kartoflanej. Badany spożywa nad ranem kaszkę bizmutową w ilości, oznaczonej przez Riedera (30,0 bizmutu), a wlewanie otrzymuje dopiero po upływie 6 do 10 godzin, kiedy bizmut spożyty zdołał już przejść przez jelita cienkie, kiszkę ślepą i okrężnicę wstępującą.

Sposób dwu strumieni bizmutowych, biegnących ku sobie aż do utworzenia jednej fali nieprzerwanej, doskonale uplastycznia cały narząd kiszkowy. Niema tu braków metody jednostronnej. Jednakowo dokładnie zarysowują się kształty jelit z obu stron zwężenia i cały odcinek chory. Zastawka Bauhina nie ma wpływu żadnego na wymodelowanie bizmutowe okrężnicy. Zyskujemy możność spostrzeżeń i nad jelitami cienkiemi. Zwężenie wentylowe staje się uchwytnem. Jednocześnie czynić możemy badania nad czynnością ruchową jelit. Zazwyczaj wystarczy 70,0 węglanu bizmutu, niekiedy mniej jeszcze, co łącznie z 30,0 przetworu tego, podanego per os, nie obciąża zbytnio chorego.

Okres 6 lub 10 godzin udziela wielu poważnych wskazówek w tym względzie. Przypomnę, dla przykładu, że w czasie tym bizmut dosięga u ludzi zdrowych zgięcia okrężnicy wątrobnego. Natomiast w przypadkach achyliae gastricae carcinomatosae dochodzi do zgięcia lewostronnego. Odwrotnie rzecz ma się w razie grubszych zrostów kiszki ślepej. Widzimy wtedy po 10 godzinach obfite masy bizmutowe w splotach jelita krętego, gdy w okrężnicy mieści się ich bardzo niewiele.

* * *

Niezmiernie ważną rolę odgrywa zaróbka dla bizmutu. Ciało to w zawiesinie wodnej szybko opada. Otrzymujemy

wtedy ledwie częściowy zarys okrężnicy, najczęściej tylko z esicy i zgięć górnych.

Nawet mieszanina wodna z bizmutu i glinki białej (przepis Kaestla), nie jest wolna od tej wady. Zresztą — glinka biała, w ilości zazwyczaj stosowanej (do 500,0), wywołuje zaparcie, a w przypadku zwężenia utworzyć może kamienie kałowe.

Schwarz w ostatniej pracy swej *) radzi rozgotowywać mondaminę z wodą, a dopiero następnie dodawać siarczanu barytu lub węglanu bizmutu, pisze jednak, że ciężki metal opada i że wogóle wszystkie inne mieszaniny tego rodzaju ten sam brak posiadają.

Łatwo pojąć, jakie są skutki takiego opadania związków metalicznych. Zarysowują się wtedy ledwie skrawki jelita grubego, przeważnie bańka odbytnicy i zgięcia okrężnicy. Kształt dzielnic uchwytnych zależy przedewszystkiem od położenia pacyenta i jest przypadkową czynników mechanicznych i hydrostatycznych.

Najlepszem połączeniem wydaje się odwar z mączki kartoflanej. Odwar taki tworzy gęstawy płyn, w którym cząsteczki bizmutu lub barytu podzielone być mogą równomiernie przez czas dłuższy, bez opadania. Sposób ten opracowany został w zakładzie moim przez Gurewicza **), i stosowany jest przezemnie od dwu lat.

Do litra gotującej się wody sypiemy 80,0 mączki kartoflanej, rozmieszanej uprzednio w połowie litra wody zimnej. Po zagotowaniu ponownem aż do wytworzenia masy jednostajnej, gęstawej, dodać należy 100,0 lub więcej węglanu bizmutu, zmieszanego z 500,0 wody. Wybieramy odpowiednią temperaturę wody tak, aby mieszanina zyskała 40° C.

*) G. Schwarz. Ueber direkte Irrigo-Radioskopie des Kolons. Wiener klinische Wochenschrift. 1913. № 5.

**) Prof. Gourewitsch. Ueber das Kartoffelmehldekokt als Vehikel für kontrastbildende Mittel in der Röntgenuntersuchung des Verdauungskanal. Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen. Tom 19, str. 214, rok 1912.

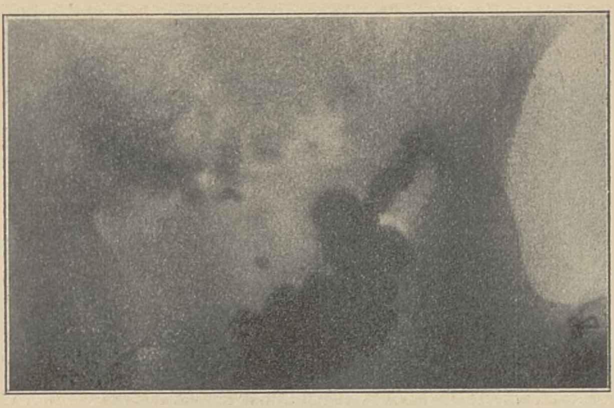
Niżej podajemy kilka rentgenogramów własnych, obrazujących dokładnie to, cośmy wyżej powiedzieli.



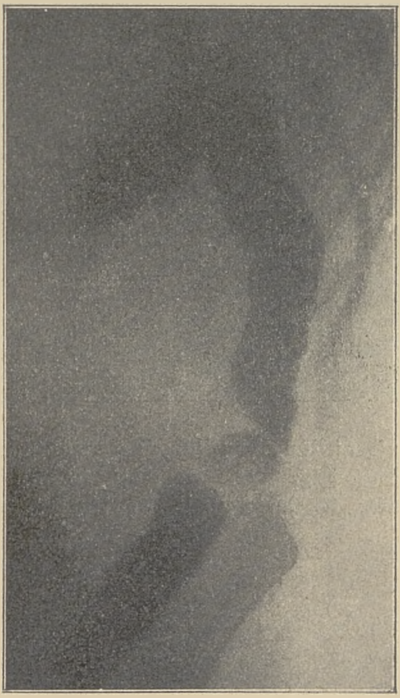
Zwężenie zapalne zgięcia lewostronnego okrężnicy. Bizmut podany per os. Rozszerzenie poprzedzające.



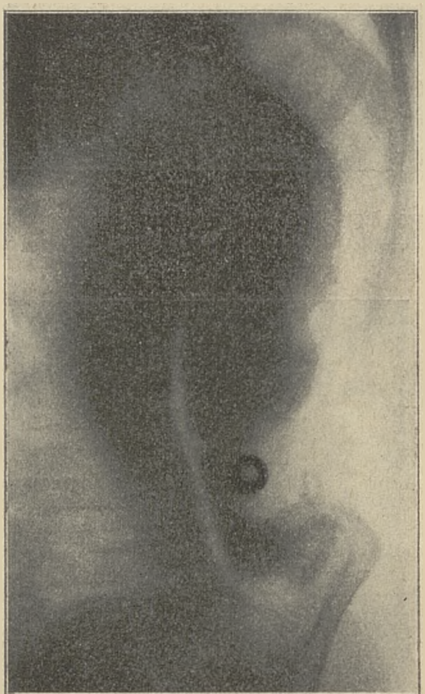
Zwężenie zapalne okrężnicy zstępującej. Bizmut podany per os. Rozszerzenie ponad odcinkiem zwężonym.



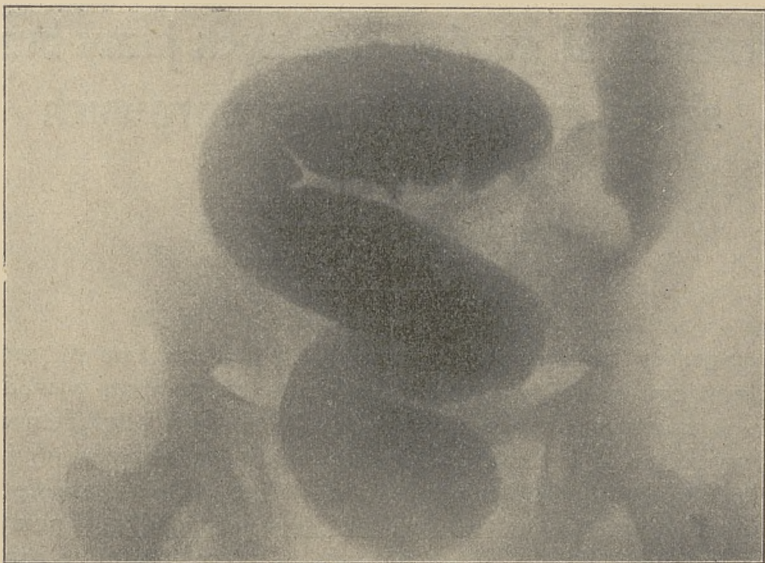
Zwężenie esicy organiczne, zależne od zrostów, powstałych w przebiegu perisigmoiditis. Bismutum per os.



Rak okrężnicy zstępującej ponad kością podlędźwiową. Bizmut wprowadzony przez odbytnicę.



Rak okrężnicy zstępującej. Esica wydłużona, szeroka. Ubytek cienia bizmutowego boczny, zależny od zgrubienia nowotworowego (oznaczony krążkiem metalowym). Bizmut wprowadzony przez odbytnicę.



Rak esicy opasujący. Bizmut, wprowadzony przez odbytnicę, wypełnia obficie prostnicę, odcinek esicy i okrężnicy zstępującej. Drożność nieznaczna.

Z oddziału chorób kobiecych szpitala św. Wincentego w Lublinie.

Z kazuistyki guzów zapalnych jamy brzusznej, rzekomo nowotworowych

podał

CZESŁAW CZERWIŃSKI.

Sprawy zapalne jamy brzusznej, jak to ocenić można z odnośnego piśmiennictwa, niezmiernie często dają powód do omyłek rozpoznawczych, zarówno bowiem pod względem anamnestycznym, jak i pod względem objawów klinicznych i danych badania objektywnego niekiedy niczem nie różnią się one od prawdziwych nowotworów. W tych przypadkach pomyłka w rozpoznaniu staje się widoczna dopiero na stole operacyjnym.

Piśmiennictwo nasze niezbyt obfituje w opisy przypadków guzów zapalnych jamy brzusznej, a przecież i tu nagromadzenie kazuistycznego materyału klinicznego może być pomocne do wyłowienia pewnych objawów charakterystycznych, które ułatwią różniczkowe rozpoznanie między guzem zapalnym a prawdziwym nowotworem jamy brzusznej. To przekonanie skłania mnie do opublikowania dwu spostrzeganych przezemnie przypadków.

I.

Marjanna Gr. lat 25. Niezamężna; pierwsza regularność w 18-ym roku życia; następnie w przeciągu 3-ch miesięcy prawidłowo co 4 tygodnie, bez bólów, trwała po 5 dni, potem bez

widocznej przyczyny peryody zatrzymywały się po kilka miesięcy, ale czuła się zdrową. Dopiero od roku zaczęła chudnąć, zjawiły się stałe bóle w brzuchu; przez cały ten czas peryodu nie było, dopiero przed miesiącem zauważyła parę plam czerwonych. Od roku zaczęła chudnąć, natomiast objętość brzucha stale powiększa się. Chora pochodzi ze zdrowej rodziny, nie pamięta, aby kiedykolwiek chorowała. Czynności kiszek i pęcherza moczowego prawidłowe.

Zewnętrznie chora przedstawia wygląd bardzo wychudzonej ciężarnej w 9-ym miesiącu; cała jama brzuszna wypełniona guzem, sięgającym aż do dołka podsercowego, gdzie górna granica guza ginie; na całej przestrzeni guza odgłos wypukowy stłumiony; z obu stron ku tyłowi bębenkowy; wolnego płynu w jamie brzusznej wykryć nie udaje się; guz twardy, mało sprężysty; badanie przez pochwę bardzo trudne wobec całości błony dziewiczej; palec wskazujący przechodzi z trudnością przez otwór hymenalny; wyczuwa się małą bardzo twardą szyję macicy—w sklepieniach twarde guzowatości; przy badaniu przez kiszkę stolcową znajdujemy, że twardy guz wypełnia całą jamę Douglasa, macicy nie udaje się odgraniczyć od guza, kontury guza niewyraźne; badanie mało bolesne, guz zupełnie nieruchomy. Ciepłota ciała stale prawidłowa. Mocz bezbiałkowy.

Po miesiącu spostrzegania szpitalnego, kiedy ani wstrzykiwania podskórne arszeniku, ani ogólne leczenie nie przyniosło żadnego polepszenia, a guz nawet nieco powiększył się, przyszedłem do przekonania, że mamy do czynienia z nowotworem złośliwym (mięsakiem), wychodzącym prawdopodobnie z przydatków macicy. Zaproponowałem chorej operacyę, na którą zgodziła się i którą wykonałem 19-go maja 1909 roku: cięcie podłużne wzdłuż linii środkowej od pępka aż do spojenia łonowego — krwawienie z przeciętych powłok kolosalne — otrzewna ścienna tak ściśle zrośnięta z guzem, że o oddzieleniu jej od guza mowy być nie mogło; z każdego dotknięcia do guza bardzo żywe krwawienie; trzeba było uznaćprzypadek ten, jako nie nadający się do doszczętnej operacyi: ranę brzuszną zaszyłem jednopiętrowym szwem. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; 8-go dnia zdjęto szwy—rana zagojona na całej przestrzeni przez rychłozrost, 1-go czerwca, a więc na

12-ty dzień po operacyi, chora na usilne żądanie rodziny wypisana do domu — na wieś. Przypadek ten uważałem za stracony.

D. 9 maja 1910 roku, a więc w rok po operacyi, chora zgłosiła się powtórnie do szpitala w kwitnącym stanie zdrowia; opowiada, że już w dwa miesiące po operacyi guz znikł całkowicie, apetyt wrócił i szybko zaczęła wracać do sił; obecnie czuje się zupełnie dobrze, a zgłasza się z powodu obawy, czy może po przebytej chorobie wyjść zamąż — peryodu do tej pory nie było. Przy badaniu przez pochwę nie znalazłem ani śladu guza; macica normalnej wielkości, sklepienia wolne, jajniki i jajowody nie wyczuwają się.

A więc, w danym przypadku nietylko badanie kliniczne, ale nawet zabieg operacyjny nie był wystarczający dla ścisłego rozpoznania istoty guza. Niezmiernie pouczający jest tu i ten, parokrotnie już przezemnie spostrzegany przy uporczywych wysiękach przymacicznych fakt, że nacięcie takiego zapalnego guza samo przez się daje niekiedy impuls do szybkiego wessania wysięku.

II.

W lutym 1912 roku do oddziału mego przybyła 33-letnia Anna B. (№ 429), skierowana do szpitala przez kolegę z prowincyi z rozpoznaniem ciąży zamacicznej. Chora urodziła szczęśliwie 5 razy; ostatni poród prawidłowy odbyła przed 3-ma laty; przebieg okresu połogowego był zupełnie prawidłowy, dziecko karmiła do roku, potem miesiączkowała regularnie co miesiąc, czuła się zupełnie zdrową, pracowała ciężko; ostatni peryod przed 2-ma miesiącami. Przed tygodniem chora dostała nagle silnych bólów w dolnej części brzucha i bóle te trwały aż do dnia przybycia do szpitala; czynności żołądka, kiszek i pęcherza moczowego prawidłowe, ciepłota ciała 37,5, tętno około 80.

Chora wzrostu wysokiego, prawidłowej budowy ciała, średnio odżywiana; brzuch umiarkowanie wzdęty, mało bolesny przy obmacywaniu; odgłos wypukowy na całej przestrzeni bębenkowy. Przy badaniu przez pochwę znaleziono macicę ruchomą, w przodopochyleniu ze wszystkiemi cechami dwumie-

sięcznej ciąży; boczne i tylne sklepienie wolne, jajniki i jajowody nie wyczuwają się. Tuż nad macicą na środkowej linii wyczuwa się twardy guz wielkości małej pomarańczy, bolesny przy dotykaniu, mało ruchomy. Łączności guza z macicą nie daje się wykryć, natomiast zwraca uwagę ścisłe przyleganie takowego do przedniej ściany brzusznej; na powierzchni skóry brzucha, odpowiadającej umiejscowieniu się guza, ślady po pijawkach.

Zarówno ogólny stan chorej, brak objawów ostrej niedokrwistości, nagły początek choroby, nieznaczne zwiększenie się ciepłoty ciała, jak i objawy miejscowe przemawiały więcej za rozpoznaniem skrętu szypuły torbieli jajnika, niż na korzyść pęknięcia worka ciąży zamacicznej. Tak czy owak — kliniczny obraz dawał bezwzględne wskazania do wykonania cięcia brzusznego; cięcie powłok brzusznych od górnej granicy guza do spojenia łonowego; cięciem tem nie udało się otworzyć jamy brzusznej ze względu na zrost otrzewnej ściennej z przednią powierzchnią guza: cięcie przedłużyłem ku górze aż do pępka. Po otwarciu w tem miejscu wolnej jamy brzusznej widzimy okrężnicę, leżącą w kierunku poprzecznym, od niej ku dołowi na przestrzeni około 4-ch centymetrów zupełnie prawidłową górną część sieci, a dalej ku dołowi w samej sieci leży guz wyżej opisany. Bez wielkich trudności udało się oddzielić przednią powierzchnię guza, sklejonego świeżymi zrostami z przednią ścianą brzuszną, i po nałożeniu paru podwiązek strunowych dookoła guza na sieć — wydobyć tenże nazewnątrz; ranę brzuszną zaszyto trzypiętrowym szwem.

Guz wielkości małej pomarańczy, nieco spłaszczony od przodu ku tyłowi, na przecięciu ma charakter tkanki łącznej w stanie zapalnym; środek guza zajmuje jama, wypełniona ziarniną z nieznaczną ilością cieczy ropnej; grubość ścian guza około 2-ch cm.; w jamie guza wśród tkanki ziarninowej znaleziono ość rybią długości 5 cm.

Przebieg pooperacyjny do 8-go dnia był zupełnie gładki; na 8-my dzień ciepłota podniosła się do 38,0, chora zaczęła uskarżać się na ból w ranie — zdjęto po raz pierwszy opatrunek: pośrodku cięcia skórnego, w miejscu, gdzie był ślad po pijawce — zaczerwienienie, obrzęk na przestrzeni paru centyme-

trów; po zdjęciu odpowiedniego szwu brzegi rany rozeszły się i wypłynęło około łyżeczki mocno cuchnącej ropy; ciepłota drugiego dnia spadła do normy i już więcej nie podnosiła się; w 4 tygodnie po operacyi chora wypisała się ze szpitala z zupełnie zagojoną raną. Dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowy; chora we właściwym czasie pomyślnie urodziła żywe dziecko. Po okazaniu jej w parę dni po operacyi wydobytej ości chora kategorycznie zaprzeczyła możliwości takiego wyniku operacyi, gdyż „jak żyje, ryby w ustach nie miała“!

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę nietylko ze względu na błąd w rozpoznaniu istoty guza przed operacyą, ale jest zarazem wymownem świadectwem szkodliwości stosowania pijawek. Oczywista bowiem jest, że ropienie w ranie było zależne od przeniesienia tą drogą drobnoustrojów z powierzchni skóry w głębsze jej warstwy i dlatego ogólnie dziś stosowana metoda wyjaławiania pola operacyjnego (jodyną) okazała się w miejscu przystawienia pijawki niewystarczającą.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O śmiertelnych zatorach tłuszczowych po złamaniach i zabiegach na kościach

opracował

TOMASZ WIŚNIEWSKI

asystent oddz. chirurg. szpitala dla dzieci im. Karola i Maryi.

Już Magendie w „Leçons sur les phenomènes physiques de la vie“ podaje dokładny obraz zatorów tłuszczowych temi słowy: „wstrzykuję do żyły jarzmowej tego oto psa prawie połowę gros *) oliwy; zobaczmy, co nastąpi: zwierzę zaczyna doznawać utrudnienia w oddechaniu; klatka piersiowa rozszerza się z trudnością; liczba ruchów wdechowych zwiększa się, aby ułatwić przejście krwi przez naczynia włoskowate płucne. Jednakże życiu jego, zdaje się, nie grozi niebezpieczeństwo. Wstrzyknę nową ilość oliwy równą poprzedniej. Widzimy z jaką gwałtownością rozwijają się ciężkie objawy: zwierzę szamocze się i rzuca; przewróciło się na bok; zaduszenie wydaje się nieuniknionem. Już nie żyje“.

Jednakże dopiero w ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia nauka o zatorach tłuszczowych znacznie posunęła się naprzód, odkąd po raz pierwszy u człowieka zatory tłuszczowe opisał

---

*) gros — stara miara francuska $^1/_{128}$ część funta.

Zenker w 1862 roku. Od tego czasu coraz częściej zaczęły zjawiać się spostrzeżenia kliniczne i prace doświadczalne takich autorów, jak Bergmann, Flournoy, Scriba, Payr, Ribbert, Aberle, Wilms, Reiner, Gröndahl i in., które to badania prawie w zupełności wyjaśniły przyczyny powstawania zatorów tłuszczowych, mniej — przebieg kliniczny i leczenie.

Występowanie zatorów tłuszczowych po złamaniach należy do zjawisk bardzo częstych. Halm, badając 21 przypadków zwłok po złamaniach—w każdym znajdował zatory tłuszczowe. Scriba, badając mocz, na 24 chorych ze złamaniami u 22 wykazał obecność tłuszczu. Minnich twierdzi, że każde złamanie prowadzi do zatorów tłuszczowych. Opisywane przypadki zatorów tłuszczowych dotyczą nietylko złamań zwykłych, lecz i powikłanych, połączonych ze zmiażdżeniem kości, postrzałowych zdruzgotań kości i t. p.; występowały one często dopiero po zmianie położenia chorego, lub po zmianie opatrunku unieruchomiającego; wtedy bowiem końce złamanej kości nie są dostatecznie ustalone tak, że następuje mniej lub więcej silne przesunięcie, lub zgniecenie powierzchni złamania. Złamania te dotyczyły w przeważnej większości przypadków kości kończyn dolnych, chociaż opisywano zatory tłuszczowe także po złamaniach górnych kończyn, a nawet żeber.

Flournoy spostrzegał przypadek zatorów tłuszczowych u 28-letniego obłąkanego w następstwie zgniecenia części miękkich. Praeger opisał przypadek zatorów po wycięciu guza jajnika, powstałych prawdopodobnie wskutek zgniecenia podskórnej tkanki tłuszczowej przy usuwaniu guza.

Vogt opisuje przypadek śmiertelnego zejścia zatorów tłuszczowych po wycięciu kolana, w którym to przypadku kości były tak ścieńczałe, że mógł je ściąć przy pomocy noża. Sądzę, że w danym przypadku nie wycięcie było przyczyną wywołującą, lecz zgniecenie kości przy wyprostowaniu kończyny, ile że istniało przykurczenie kończyny.

Wahnkau po raz pierwszy opisał śmiertelny przypadek zatorów tłuszczowych po łamaniu umyślnem (brisement forcé), przyczem nadłamano strzałkę i piszczel. Colley na zasadzie swego przypadku, który po łamaniu umyślnem skończył się zejściem śmiertelnem, sądzi, że tłuszczu dla zatorów może dostar-

czać nietylko szpik kostny, ale i części miękkie, ponieważ i w spostrzeganym przez niego przypadku mięśnie były tłuszczowo zwyrodniałe i ponadrywane, w kościach zaś, jakkolwiek zanikłych, złamania nie było. Podobne przypadki śmiertelnie zakończonych zatorów tłuszczowych opisali Ahreno, Payr, Eberth, Preindlsberger, Kisch, Reiner, Aberle, Gangele, Frischmuth po wyprostowaniu (redressement) lub łamaniu umyślnem (brisement forcé); z polskich autorów — Schramm z zejściem pomyślnem.

Gröndahl podaje, że zatory tłuszczowe występują zazwyczaj po wszystkich złamaniach kości, jeżeli tylko złamania te nie dotyczyły zbyt małych, lub nie zawierających szpiku tłuszczowego kości.

Ilość tłuszczu, potrzebna do wywołania śmiertelnych zatorów tłuszczowych, bliżej nie jest jeszcze określona. Scriba, opierając się na doświadczeniach na psach, twierdzi, że potrzeba około 210 gr. wolnego tłuszczu, by zabić człowieka, t. j. mniej więcej potrójnej ilość tego, który znajduje się w szpiku kości udowej. Przypadek jednak Fibigera wskazuje, że zejście śmiertelne może nastąpić już wtedy, jeżeli 50 $cm.^3$ oliwy dostanie się do krwi obiegu. Fuchsig wywoływał śmiertelne zatory tłuszczowe, wstrzykując około 2 $cm.^3$ tłuszczu na kilo wagi zwierzęcia do żyły jarzmowej.

Co się tyczy płci, to u mężczyzn zatory tłuszczowe występują najczęściej, co możnaby objaśnić tem, że mężczyźni częściej są narażeni na urazy, niż kobiety. Wiek odgrywa znaczną rolę, bowiem stan szpiku kostnego znajduje się w zależności od wieku.

Scriba podaje następujące liczby:

Do 10 roku	złamania	występują	w 19%	zatory	w 3,3%
od 11—20	„	„	w 14%	„	w 16,1%
od 21—50	„	„	w 47%	„	w 58 %
powyżej 50 lat	„	„	w 20%	„	w 22,3%

Jakkolwiek zatory tłuszczowe są tak częstem następstwem po złamaniach, wszelako tylko w rzadkich przypadkach prowadzą do śmierci. I tak, Jentzch podaje, że na 2000 złamań, leczonych w ciągu 8 lat w klinice Bramanna, były 3 przypadki

śmiertelne zatorów tłuszczowych. Schmied w klinice monachijskiej za przedostatnie 10-io lecie znalazł 15 przypadków zatorów tłuszczowych po złamaniach, z których w 4-ch zatory tłuszczowe były jedyną przyczyną śmierci.

Gröndahl ze statystyki pewnego norweskiego towarzystwa ubezpieczeń znalazł, że na 1026 przypadków złamań kości, wśród których 69 dało zejście śmiertelne, w jednym—jedyną przyczyczyną były zatory tłuszczowe mózgu, z czego wynika, że w każdym bądź razie śmiertelne zatory tłuszczowe występują częściej, niż w 1% wszystkich śmiertelnie przebiegających złamań kości.

Reiner podaje, ze w wiedeńskim instytucie chirurgii ortopedycznej na przeszło 1000 operacyi widziano 10 przypadków zatorów tłuszczowych, z których 4 skończyły się zejściem śmiertelnem. Najczęściej sprawa dotyczyła chorych z przykurczeniami porażeniowemi, które powodowały długą bezczynność kończyny. Zatory tłuszczowe, jak sądzi Reiner, są względnie częstem zjawiskiem, występującem po zabiegach ortopedycznych. I chociaż piśmiennictwo wykazuje mało tego rodzaju przypadków, należy to jednak brać na karb źle zrozumianych objawów i nierozpoznawania zatorów.

Schanz spostrzegał około 10 przypadków napadów drgawek u dzieci po wyprostowaniu (redressement) stawu kolanowego, biodrowego i t. p., i sądzi, że napady te wywoływały zatory tłuszczowe naczyń mózgowych. Codivilla jednak sądzi, że drgawki te nie zależą od zatorów, a prędzej—od rozciągnięcia części miękkich kończyny. Być może—na drodze odruchowej trwałe napięcie wprowadza ośrodkowy system nerwowy w pewien stan, który prowadzi do zjawiania się napadów padaczkowatych. Doświadczenia, wykonane przez Nervi'ego, pozwalają przypuszczać przyczynę tego stanu w stałem naprężeniu nerwu kulszowego.

Dla powstania zatorów tłuszczowych pierwszym i nieodzownym warunkiem jest obecność wolnego, płynnego tłuszczu, t. j. znajdującego się po za komórkami. Ma to miejsce w każdem złamaniu. Ilość wolnego tłuszczu bywa tem większa, im więcej dana kość zawiera szpiku, im bardziej szpik ten jest zwyrodniony tłuszczowo, im więcej uległ zmiażdżeniu. Jednak

przypadek Pinnera, w którym nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zatorów tłuszczowych po złamaniu główki kości strzałkowej, wskazuje, że nawet złamanie cienkich i zawierających niewiele szpiku kości może prowadzić do poważnych zatorów tłuszczowych.

W złamaniach po zabiegach ortopedycznych, które wywołują zatory tłuszczowe, istnieją specyalne warunki. Według Aberlego — istnieje zupełnie określony typ chorych, którzy już na pierwszy rzut oka wydają się kandydatami na niebezpieczne, jeżeli nie śmiertelne, zatory tłuszczowe w razie zabiegu ortopedycznego. Są to chorzy z przykurczeniami najczęściej stawu kolanowego w następstwie porażeń lub gośćca stawowego z wysokiego stopnia zanikiem kości wskutek nieczynności. Jako dalszy charakterystyczny szczegół należy wymienić skończony 14-ty rok życia. Z opisanych dotychczas przypadków wynika, że na 50 śmiertelnych zatorów tłuszczowych tylko 6 dotyczyło dzieci. Jeżeli zaś wziąć pod uwagę, jak często u dzieci wykonywa się np. wyprostowanie stawu kolanowego z powodu przykurczeń porażeniowych, to nieznaczny udział dzieci nie może być prostym przypadkiem. Wiadomo, że kości długie u dzieci zawierają w ciągu pierwszych lat tylko czerwony, zupełnie ubogi w tłuszcz szpik. Według Zieglera, z wiekiem zmniejsza się ilość ubogich w tłuszcz komórek podstawowych szpiku, przeobrażając się przez pobranie tłuszczu w komórki tłuszczowe. Wraz ze zwiększonem odkładaniem się tłuszczu zmienia się pierwotne czerwone zabarwienie na żółtoczerwone, aż do zupełnie żółtego. Po 14 — 16 roku zazwyczaj szpik kości długich składa się z tkanki tłuszczowej; u dorosłych wreszcie — wszystkie większe i mniejsze kości długie posiadają wyłącznie żółty szpik tłuszczowy, lub też obecność czerwonego szpiku ogranicza się tylko do przyśrodkowej części kości ramieniowej lub udowej, podczas gdy bardziej obwodowe części tych kości zawierają szpik żółty. Fakt ten tłómaczy nam, dlaczego złamania przyśrodkowej części kości udowej przebiegają odnośnie do zatorów tłuszczowych mniej niebezpiecznie, zarazem i to, że po 14-ym roku życia zatory tłuszczowe zdarzają się o wiele częściej.

Pojedyńcze przypadki zatorów tłuszczowych u dzieci, we-

dług Aberlego można objaśnić z jednej strony przedwczesnem wystąpieniem komórek tłuszczowych w szpiku kostnym, z drugiej zaś — zanikiem kości, jako następstwem nieczynności po długiem leżeniu w łóżku, po porażeniach i t. p. Jak wiadomo, w odśrodkowym zaniku kości miejsce istoty kostnej zajmuje tłuszcz. W zaniku znacznego stopnia szpik składa się prawie wyłącznie z tkanki tłuszczowej.

W tych razach istnieją o wiele pomyślniejsze warunki dla powstawania zatorów, ile że nawet po nadzwyczaj ostrożnem wyprostowaniu (redressement) lub podobnym zabiegu występuje o wiele częściej nadłamanie kości wraz ze zgnieceniem szpiku. Aberle wątpi, by, jak to przypuszcza Colley, zwyrodniałe tłuszczowo mięśnie w porażeniach rdzeniowych (poliomyelitis) mogły być źródłem tłuszczu zatorowego. Payr również zwraca uwagę, że długie przebywanie w łóżku prowadzi do rozrzedzenia kości tak, że istnieją wszystkie warunki do znacznej zawartości tłuszczu i zmniejszonej odporności na gwałtowny zabieg nawet i w mniejszych kościach, jak to wskazuje opisany przez niego przypadek porażeniowej stopy końskiej, który wskutek wyprostowania (redressement) dał zejście śmiertelne z powodu zatorów tłuszczowych.

Ahrens, de Quervain i Payr zgodnie twierdzą, że w podobnych przypadkach łamanie umyślne lub wyprostowanie (brisement force, redressement) prowadzą do bardzo ciężkich zmian, że więc u takich chorych zabiegi ortopedyczne nie zawsze można uważać za zupełnie bezpieczne. Gaugele twierdzi, że im bardziej kość stała się gąbczastą, im bardziej ścieńczała jest istota korowa, im więcej szpik jest zmieniony tłuszczowo, tem większe istnieje niebezpieczeństwo zatorów tłuszczowych nawet po krótkotrwałych zabiegach, ponieważ bardzo łatwo może nastąpić zgniecenie i zmiażdżenie szpiku.

Dla powstawania zatorów tłuszczowych ważną rolę odgrywa rozerwanie naczyń krwionośnych szpiku podczas złamania, bowiem przez otwarte światło naczyń może łatwo przedostać się płynny tłuszcz do krwiobiegu. Wiadomo, że żyły szpiku są bardzo szerokie i posiadają cienkie ściany, i zarówno jak tkanka tłuszczowa szpiku — mało tkanki łącznej. Co się tyczy siły, wtłaczającej tłuszcz w otwarte żyły, to obok vis a tergo Busch

przypisuje duże znaczenie ciśnieniu wylanej krwi. Sprzyjającym momentem są skurcze miąśni, które wzmagają się przez tarcie odłamów kostnych.

Ribbert, spostrzegając śmiertelny przypadek zatorów tłuszczowych jedynie po urazie, gdzie złamania żadnego nie było, wpadł na myśl, czy nie mogą powstawać zatory tłuszczowe bez złamania jedynie tylko wskutek wstrząśnięcia kości. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy wykonał szereg doświadczeń w ten sposób, że u uśpionych królików w ciągu 1—2 minut wykonywał szereg krótkich uderzeń pałeczką w obie piszczele w miejscu, gdzie kość leży tuż pod skórą. W płucach tych zwierząt znajdował umiarkowane zatory tłuszczowe. Szpik zaś kostny piszczeli nie wykazywał dla nieuzbrojonego oka żadnych zmian, zawartość tłuszczu była umiarkowana. Z doświadczeń tych Ribbert wnosi, że jeżeli już przy niezbyt obfitującym w tłuszcz szpiku udaje się przez wstrząśnięcie wyzwolić tłuszcz, to tem bardziej może on występować ze szpiku kości ludzkich, obfitującego w tłuszcz, szczególniej u ludzi starszych. Ribbert twierdzi, że wstrząśnienie jednej lub wszystkich kości, które zwykle połączone jest ze złamaniem, stwarza poważną podstawę dla przejścia tłuszczu w żyły, że tłuszcz, stosownie do swej ilości, pochodzi ze szpiku kostnego, nie bezpośrednio dotkniętego przez uraz. Byłoby bowiem niezrozumiałe, jak większe ilości tłuszczu mogły być wtłoczone do krwiobiegu w miejscu pęknięcia, ponieważ z uszkodzonych i krwawiących naczyń uchodzi zawartość i jednocześnie nie może wchodzić do nich tłuszcz.

Ribbert przeczy, by ciśnienie wylanej krwi miało wtłaczać tłuszcz do żył, bowiem ciśnienie w przerwanych tętnicach przewyższa ciśnienie żylne i włośnicze, w dodatku naczynia przy urazie nie zostają zupełnie otwarte, a ulegają uciskowi ze strony wynaczynionej krwi, a przez to całkowicie lub częściowo zostają zamknięte tak, że tylko w bardzo pomyślnych warunkach może nieznaczna część tłuszczu zatorowego dostać się do krwiobiegu.

Po drugie, ilość tłuszczu, znajdująca się w zgniecionym szpiku, w większości przypadków nie jest dostateczna, by mogła wywołać obszerne zatory tłuszczowe tembardziej, że tylko mała część tłuszczu zostaje wtłoczona w naczynia. Ribbert

względnie małe znaczenie przypisuje rozerwaniu szpiku kostnego na zasadzie doświadczeń, w których, unikając wszelkiego wstrząśnięcia, łamał kość udową u zwierząt i zatorów tłuszczowych nie otrzymywał. Zatory tłuszczowe są więc, według zdania Ribberta, zupełnie niezależne od złamania, powstają w równym stopniu jedynie wskutek wstrząśnienia układu kostnego, i złamanie o tyle tylko posiada znaczenie, o ile wskazuje, że miało miejsce wstrząśnienie jednej kości lub całego układu. Przypadki, potwierdzające poglądy Ribberta, podali Eichhorn, Fuchs. Frischmuth powtórzył doświadczenia Ribberta i otrzymywał wyniki podobne.

W ostatnich czasach Bergemann przerobił szereg doświadczeń analogicznych. Okazało się, że po wstrząśnieniu królików udaje się widzieć ślady zatorów tłuszczowych w płucach; są one wszakże widoczne w zupełnie nieznacznych ilościach, i zdaje się, że i Ribbert w podobnych doświadczeniach spotykał tylko nieznacznie wyrażone zatory. Bergemann z doświadczeń swych nie mógł przekonać się o jakiemkolwiek większem znaczeniu wstrząśnienia ciała dla powstawania zatorów tłuszczowych. Wielokrotne zrzucanie uśpionego zwierzęcia ze stołu, rzucanie nim o ścianę są tak gwałtownemi wstrząśnieniami, jakie u ludzi spotykają się nadzwyczaj rzadko, dlatego te ślady zatorów tłuszczowych, jakie znajdowano, wydają się mało przekonywającymi. Gdyby wstrząśnienie rzeczywiście miało takie znaczenie, jakie przypisuje mu Ribbert, to użycie dłuta powinno być zarzucone przez chirurgów dla swego niebezpieczeństwa, jednak o cięższych zatorach po przecięciu kości nie wiemy.

Że wstrząśnienie nie jest konieczne dla wywołania zatorów, dowodzą doświadczenia, w których po powolnem zgnieceniu gąbczastej części kości długich można było wykazać tłuszcz we włośniczkach płucnych. Drobnowidzowo widoczne zatory tłuszczowe wykazywały jednak i tu nieznaczny stopień, i oprócz płuc nie było ich w żadnych innych narządach. Jednak w tych razach krople tłuszczu były bez wątpienia większe i liczniejsze, niż w pierwszym szeregu doświadczeń, i porównanie ich prowadzi do wniosku, że połączone ze złamaniem zgniecenie kości ma dla powstawania zatorów tłuszczowych daleko większe znaczenie, niż wstrząśnienie.

Bergemann sądzi, że wprost na zmiażdżenie kości trzeba położyć specyalny nacisk. Przy tem szpik kostny do pewnego stopnia ulega zgnieceniu i wtłoczeniu w otwarte żyły kostne. Nic nie przemawia przeciw przyjęciu, że przy miażdżącem działaniu siły tłuszcz z otaczających części miękkich zostaje wciśnięty w naczynia kostne; wtedy niestosunek pomiędzy ilością tłuszczu, znajdowaną w systemie krwionośnym, a istniejącą w szpiku uszkodzonej kości znalazłby swoje uzasadnienie. Niema tedy potrzeby przyjmować specyalną vis a tergo, tłuszcz bezpośrednio przez uraz zostaje wciśnięty w przestrzenie żylne. Nie wyłącza to wszakże, by następowo nieznaczne ilości swobodnego tłuszczu stopniowo były doprowadzane przez drogi chłonne, nie stanowiąc jednak dla ustroju jakiegoś specyalnego znaczenia.

Nie podlega żadnej wątpliwości, że tłuszcz przedewszystkiem dostaje się do krwiobiegu przez rozerwane żyły kostne, jednak już Busch podczas doświadczeń, w których wstrzykiwał zwierzętom tłuszcz zmieszany z cynobrem, znajdował cynober nietylko w żyle głównej, lecz i w naczyniach chłonnych. Riedel jednak sądził, że gruczoły chłonne nie przepuszczają tłuszczu, a służą jako przyrządy przesączające, bowiem w gruczołach chłonnych znajdował zatrzymane krople tłuszczu. Wiener, wstrzykując oliwę zwierzętom do jamy otrzewnej, opłucnej, pod skórę, znajdował 5-go dnia po wstrzyknięciu zatory tłuszczowe, z czego wnosi, że mogą one powstawać i przy nienaruszonych naczyniach chłonnych, gruczoły zaś chłonne nie są w stanie zapobiedz ich występowaniu.

Aberle udział naczyń chłonnych wyobraża sobie inaczej, niż inni: mianowicie, że zatory na tej drodze mogą powstać wskutek przeniesienia tłuszczu z części miękkich, a nie z kości, gdyż szpik kostny naczyń chłonnych nie posiada. Fritsche w ostatnich czasach wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach, chcąc ustalić drogi, któremi przedostaje się tłuszczcz ze szpiku kostnego do płuc. Wywoływał on zatory, robiąc otwory w piszczeli i miażdżąc szpik przy pomocy drutu, lub też — według propozycyi Ribberta — wykonując 24—36 krótkich uderzeń po przedniej powierzchni piszczeli dla uniknięcia zgniecenia części miękkich i wstrząśnienia reszty ciała. By znieść

odpływ żylny z uszkodzonej kończyny, podwiązywał żyłę biodrową wspólną, a także żyłę krzyżową pośrodkową, która u królików jest mocno rozwiniętą. W kilku przypadkach podwiązywał nawet żyły nadbrzuszną i nasienną. W drugiej seryi doświadczeń wyłączał drogi chłonne, wytwarzając przetokę przewodu piersiowego. Doświadczenia te zgodnie wykazały, że po krwawych uszkodzeniach kości tłuszcz wstępuje w żyły kostne i na tej drodze daje zatory. Po zwykłych wstrząśnieniach systemu kostnego w czystych przypadkach prawie wyłącznie drogi chłonne uskuteczniały przeniesienie tłuszczu ze szpiku do krwiobiegu.

Przejście tłuszczu do krwiobiegu w pewnych razach następuje prawie bezpośrednio po urazie, wzgl. po zabiegu chirurgicznym, jak to było w przypadkach Buscha, Zwichego, Mecha, Kischa, Aberlego i innych. Scriba u żaby, której złamał obie golenie, już po upływie 24 sek. widział pierwsze krople tłuszczu w tętnicy językowej. Atoli w większości przypadków pomiędzy urazem a wystąpieniem groźnych objawów, wskazujących na zalanie głównych organów, przechodzą nietylko godziny, ale i dnie, np. w przypadku Graubego — 13 dni.

Tłuszcz, dostawszy się do obiegu żylnego, płynie w kierunku prądu krwi i po większej części zatrzymuje się we włośniczkach płucnych, tworząc zatory. Mniejsza część przechodzi przez włośniczki płucne i przez lewą komorę serca dostaje się do obiegu tętniczego, gdzie po części tworzy zatory, po części zostaje wydzielona przez kłębuszki nerkowe i zjawia się w moczu (Scriba). W ten sposób tłuszcz może być rozniesiony po całym ustroju i wywoływać zatory w nerkach, wątrobie, śledzionie, mózgu, rdzeniu, w ścianach przewodu pokarmowego, w mięśniach i skórze. Takie ogólne zatory opisywali Busch, Halm, Oehler, Aberle i in. Fromberg, znalazłszy przy badaniu pośmiertnem przypadku zatorów tłuszczowych otwór owalny serca (foramen ovale) nie zamknięty, zwraca uwagę na ten stan, sądząc, że on sprzyja ogólnemu rozsianiu zatorów tłuszczowych. Oehler opisał podobny przypadek po raz pierwszy.

* *
*

Tylko ze względów historycznych można wspomnieć, że Wagner wyprowadzał zatory tłuszczowe z istniejących w ustroju ognisk ropnych, sądząc, że z tłuszczem zostają przenoszone i materye gnilne, i w ten sposób naokoło zaczopowanego naczynia wywołują ogniska ropne; innemi słowy, że zatory tłuszczowe prowadzą do ropnicy. Lecz już wkrótce Busch, na zasadzie spostrzeżeń klinicznych i badań doświadczalnych, z całą pewnością stwierdził, że tłuszcz żadnych wzbudzających zapalenie własności nie posiada, a działa tylko mechanicznie, zaczopowując światło naczyń.

Jak wiadomo, pierwszym narządem, w którym zatrzymują się krople tłuszczu zatorowego, są płuca. Ze zmian, widocznych gołem okiem, jakie wywołują zatory tłuszczowe, najczęściej spotykano: obrzęk płuc, zawały krwotoczne (Riedel), krwotoki, obfite drobne wybroczyny krwawe w opłucnej. Według Scriba'y, zatory tłuszczowe w płucach tylko wtedy dają powód do wytwarzania zawałów, jeżeli wskutek zalania dostatecznie wielkiej liczby włośniczek w pewnem miejscu następuje tak znaczne niedokrwienie, że nie może być usunięte przy pomocy połączeń włośniczkowych, i jeżeli tylko zatory włośniczkowe nie są tak ogólne, że z tych lub innych przyczyn powodują momentalną śmierć. Wybroczyny w opłucnej nie posiadają większego znaczenia. Obrzęk płuc opisywano dosyć często, jednak nie we wszystkich przypadkach zatorów tłuszczowych. O wiele częściej występują krwotoki bądź w postaci drobnych wynaczynień, bądź zlewających się tak, że płuca wyglądają, jakby nadziane krwią.

Gaugele podaje, że w jego przypadku tkanka płucna była usiana ciemnoczerwonemi wybroczynami krwawemi, idącemi aż do obwodu; wszędzie — drobne gałązki oskrzelowe, wypełnione płynną krwią lub ciemnoczerwonymi skrzepami. Wszystkie te zmiany nie przedstawiają nic swoistego dla zatorów tłuszczowych, ponieważ i w innych sprawach chorobwych równie często występują.

Drobnowidzowy obraz płuc szczegółowo opisywali Fibiger, Gaugele i inni. W jednym z przypadków Gaugelego, który opisał Riesel, sieć włośniczek zupełnie była nastrzyknięta kroplami tłuszczu; ten sam obraz przedstawiały mniejsze i wię-

ksze gałązki tętnicze; tłuszcz występował bądź w postaci pojedyńczych kropel w słupie krwi, bądź jako grube pasma, wypełniające zupełnie światło naczyń. Ani w większych gałązkach tętniczych, ani w pętlach włośniczek nie było przeniesionych resztek szpiku kostnego, ani komórek tłuszczowych. W innych miejscach włośniczki płucne były wypełnione w najwyższym stopniu czerwonemi krwinkami. Światło pojedyńczych pęcherzyków płucnych na znacznej przestrzeni zupełnie napchane świeżo wyszłemi krwinkami, pomiędzy któremi leżą pojedyńcze oderwane komórki nabłonka pęcherzyków. Tu i owdzie — pojedyńcze krople tłuszczu. Drobne oskrzeliki także całkowicie wypełnione krwią; nabłonek utrzymany, ledwo tu i owdzie uniesiony. Wydzielanie się włóknika wewnątrz pęcherzyków płucnych widoczne w niewielu miejscach i na nieznacznej przestrzeni.

Jak to wskazują doświadczenia licznych autorów—Scriba'y i innych—śród warunków przejścia tłuszczu do obiegu wielkiego duże znaczenie posiada ilość tłuszczu, jaka dostała się do krwiobiegu. Płuca pewną ilość tłuszczu mogą zatrzymać, szczególniej, jeżeli dochodzi on do płuc stopniowo. Przypadek Fibigera, w którym w celach odżywczych wstrzyknięta oliwa przypadkowo dostała się do żyły, wskazuje, że 50 $cm.^3$ oliwy płuca nie mogą zatrzymać. Tu trzeba zauważyć, że oliwa, jak twierdzi Bürger, łatwiej przechodzi przez włośniczki, niż tłuszcz ludzki. Eberth przyjmuje, że u osobników, które długo przebywały w łóżku, lub obciążonych wadą serca, wytwarza się w płucach pewnego rodzaju zastój, który sprawia, że włośniczki płucne stają się mniej podatne, t. j. mniej rozszerzalne, i przez to trudniej przepuszczające tłuszcz. O ile to teoretyczne przypuszczenie zawiera prawdy, starał się przekonać dopiero Gröndahl, określając wymiary cylindrów tłuszczowych we włośniczkach. Według niego, rozszerzalność włośniczek w rozmaitym wieku wydaje się być jednakowa. Innemi słowy, krople tłuszczu przechodzą przez włośniczki zupełnie niezależnie od wieku chorego, gdyż prawie zawsze jednakowo łatwo. W materyale swoim nie miał jednak Gröndahl zupełnie przypadków z przewlekłemi schorzeniami płuc, jak np. przy wadach serca i t. p.

Fromberg zwraca uwagę jeszcze na dwa następujące czyn-

niki: obszar prądu krwi i ciśnienie, panujące w naczyniach płucnych, t. j. pracę serca, a specyalnie—prawej komory. Już z rozważań teoretycznych wynika, że w razie ograniczenia obszaru prądu krwi w płucach tłuszcz wcześniej zostanie przesunięty do wielkiego obiegu krwi. Jednak, jak mówi Gröndahl, takie stany chorobowe, które mogłyby wywoływać to ograniczenie, jak nacieki, zapadnięcie płuc, częściowa rozedma, spotykano przy zatorach wogóle rzadko.

Trzeci czynnik, t. j. praca prawego serca, niezawodnie posiada pewne znaczenie, gdyż tłuszcz przedstawia dla niej pewien opór. I Gröndahl rzeczywiście w swych przypadkach u ludzi młodych znajdował zatory tłuszczowe bardziej rozsiane śród organów krążenia wielkiego, niż u osobników starszych, u których spotykał głównie zatory płucne. Jednak w większości przypadków, jak zgadza się i Gröndahl, to teoretyczne przypuszczenie potwierdzenia nie znajduje. Hamig również nie spotykał wady serca, którаby pozwalała przyjąć istniejące poprzednio zaburzenia w krążeniu, warunkujące dopuszczone przez Ebertha zgrubienie przegródek międzyzrazikowych, a przez to utrudniające przesuwanie kropelek tłuszczu do obiegu wielkiego.

Następnym najbliższym narządem, dokąd dostają się zatory tłuszczowe, jest serce. I tu zmiany, widoczne nieuzbrojonem okiem, nie przedstawiają nic swoistego: rozszerzenie serca, krwotoki w osierdziu i wsierdziu, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia. Rozszerzenie serca znajdowali u zwierząt Fuchsig i Gröndahl, u ludzi Payr i inni. Colley opisuje na wsierdziu liczne drobne bladożółte plamy, które często posiadają mały, leżący pośrodku, czerwony punkt. Drobne wybroczyny krwawe opisywali Busch, Flournoy, Gröndahl. W przypadku Eichhorna zatory tłuszczowe w mięśniu sercowym zajmowały drobne i najdrobniejsze tętniczki, miejscami — włośniczki. Kształt i ułożenie czopków tłuszczowych, podobnie jak w płucach, przedstawiały się bardzo rozmaicie; zwyrodnienia tłuszczowego nie było nawet w pobliżu zaczopowanych naczyń.

Colley drobnowidzowo w miejscach żółtawych plam znalazł już mocno wyraźne zwyrodnienie mięśnia, przyczem bardzo liczne włośniczki były wypełnione nieprawidłowemi długiemi

kroplami tłuszczu. Ribbert również znajdował w dwu przypadkach zatorów tłuszczowych serca zwyrodnienie tłuszczowe w miejscach zaczopowanych tłuszczem włośniczek.

Zatory tłuszczowe mózgu, według Ribberta, w jednej trzeciej części wszystkich śmiertelnych przypadków były przyczyną śmierci. Gröndahl podaje znacznie większe liczby, gdyż oblicza na 50°/₀. Według Fuchsiga, rozsianie tłuszczu po tych lub innych narządach jest po większej części dziełem przypadku. Gröndahl jednak słusznie zwraca uwagę, że istnieje wiele czynników, które sprawiają, że tłuszcz w większej ilości zatrzymuje się w pewnym narządzie. Po pierwsze, przez dany narząd musi przepływać większa ilość krwi, po drugie — naczynia jego muszą być niezbyt szerokie, i wreszcie narząd ten musi łatwo ulegać uszkodzeniu. Wszystkim tym warunkom odpowiada mózgowie i dlatego, według Gröndahla, zatory tłuszczowe tak często występują w mózgu i wywołują poważne zaburzenia. Zmiany, widzialne gołem okiem, to przekrwienie i obrzęk, jak to było w przypadkach Gröndahla, i innych, i krwotoki (Jentsch, Hämig, Ribbert, Oehler, Smirnow, Weber i inni). Wybroczyny krwawe, podobne do ukąszeń pchły, według Ribberta, spotyka się bardzo liczne w substancyi mózgowej, więcej w szarej, niż w białej. Schmidt wybroczynom tym nadał nazwę „plamicy mózgowej" (Gehirnpurpura). Wybroczyny te stają się widoczne później, niż objawy kliniczne, według Ribberta dopiero po 3 dniach, jakkolwiek Gröndahl widział je już w 50 godzin po uszkodzeniu. Obok tych wybroczyn mogą istnieć rozmiękczenia prosówkowate, widoczne tylko drobnowidzowo. Zmiany drobnowidzowe wyraźniej występują w substancyi mózgowej, niż w oponach. Gröndahl znajdował nadzwyczaj silne przekrwienie substancyi korowej.

Drobnowidzowy wygląd wybroczyn jest dosyć charakterystyczny, i w środku znajduje się często zaczopowane tłuszczem naczynie, a wokoło niego w korze mózgowej, w zwojach — czerwone krwinki. W rdzeniu wybroczyny te posiadają częściej postać wieńcowatą: naokoło naczynia pas obumarłej masy rdzennika, którą dopiero otaczają czerwone krwinki. Według Gröndahla, krwotoki te trzeba uważać za drobnowidzowe zawały z pośrodkową niedokrwioną częścią, otoczoną

zastoinowym pasem, powstałym z otaczających włośniczek. Zarazem jednak okazuje się, że obok zupełnie rozwiniętych stanów chorobowych, jak krwotoki, rozmiękczenie, wiele naczyń ulega zaczopowaniu bez wtórnych następczych zmian w otoczeniu. Przyczynę tego zjawiska upatruje Gröndahl w nadzwyczajnej obfitości włośniczek pobocznych.

Prosówkowate rozmiękczenia widział Gröndahl rozsiane głównie w białej substancyi; dochodzą one wielkości główki szpilki i okazują najczęściej w środku jedno lub kilka drobnych naczyń, wypełnionych tłuszczem; otaczająca masa składa się z nieprawidłowej wrzecionowato napęczniałej masy rdzennika (myelina). Wtórnego zwyrodnienia włókienek osiowych Gröndahl jednak nie widział ani w miejscach wylewów krwawych, ani w ogniskach rozmiękczenia.

Nerki, jak i inne narządy jamy brzusznej, prócz zastoinowej pełnokrwistości dla nieuzbrojonego oka nie przedstawiają zmian swoistych. Za to drobnowidzowo widzimy bardzo charakterystyczny obraz w rezultacie silnie i równomiernie rozlanego wypełnienia pętli naczyniowych kłębuszków tłuszczem. Często i naczynia doprowadzające (vasa afferentia) zostają wypełnione tłuszczem. Oprócz kłębuszków, w reszcie włośniczek nerek zatory spotyka się względnie rzadko. Ani w kłębuszkach, ani we włośniczkach najmniejszych śladów uszkodzenia komórek śród- i nabłonkowych Eichhorn i inni nie widzieli, zarówno jak oznak wsysania tłuszczu ze strony komórek nabłonkowych.

Scriba sądził, że tłuszcz zostaje wydzielony przez kłębuszki nerkowe, jednak dowodów na to nie podał. Innym autorom również nie udało się stwierdzić, jak odbywa się wydzielanie tłuszczu. Ribbert i Fibiger przyjmują, że tłuszcz w moczu zjawia się wskutek wtórnego zwyrodnienia tłuszczowego nabłonka kanalików, wywołanego przez zaburzenia w krążeniu.

Zmiany, wywoływane przez zatory tłuszczowe w innych narządach, nie przedstawiają nic szczególnego. W przypadkach Gröndahla w wątrobie i śledzionie znajdowano drobne wybroczyny krwawe podtorebkowe. W śledzionie Scriba i Gröndahl widzieli stosunkowo znaczną ilość zatorów tłuszczowych w postaci kropel rozmaitej wielkości w miąższu i na obwodzie gru-

dek. Fagocytozy tłuszczu przez krwinki białe nie obserwowano.

W trzustce, nadnerczach Gröndahl widział bardzo nieliczne zatory. Opisywano je również w grasicy, tarczycy, gruczołach chłonnych, w ścianie przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego.

Benestad opisał trzy przypadki, w których na trzeci dzień po urazie spostrzegano punkcikowate krwotoki skórne (przystudzienice) symetrycznie na obu stronach szyi, na piersiach i brzuchu.

* *
*

Jakkolwiek nauka o zatorach tłuszczowych w następstwie złamań i zabiegów chirurgicznych dzięki badaniom doświadczalnym już w 19-em stuleciu została prawie zupełnie wyjaśniona co do patogenezy tego stanu, obraz kliniczny, który pozwalałby na mniej lub więcej pewne rozpoznanie, został uzupełniony nowszemi badaniami dopiero w ostatnich latach. Bowiem dopiero Payr w 1900 roku na podstawie swych spostrzeżeń odróżnił ściśle 2 postacie zatorów: mózgową i oddechową. Aberle sądzi, że w większości przypadków istnieją postacie przejściowe, co rozumie się samo przez się, gdyż w mózgowej postaci prawie zawsze występują zaburzenia oddechowe. Przeciwnie — istnieją przypadki, w których świadomość pozostaje długi czas nienaruszoną, i dopiero w ostatnich godzinach przed śmiercią występują objawy mózgowe. Jak mówi Gröndahl, z tych dwu postaci pierwsza, t. j. mózgowa, przedstawia największe znaczenie, ponieważ przebieg jej jest o wiele dłuższy i objawy bardziej wyrażone tak, że tylko w tej postaci można myśleć o jakichkolwiek czynnych zabiegach leczniczych.

Scriba w swej obszernej pracy dał bardzo szczegółowy obraz kliniczny zatorów tłuszczowych, nie rozróżniał jednak postaci mózgowej od płucnej. Hamig pierwszy podał opis śmiertelnego przypadku zatorów mózgowych.

W większości przypadków mózgowych zatorów tłuszczowych można rozróżnić trzy okresy: wolnej przerwy (freie Intervall), senności (sopor) i śpiączki (coma). Mogą one być mniej lub więcej wyrażone, ścisłe jednak odgraniczenie jednego okre-

su od drugiego przedstawia często trudności. Początkowo tuż po uszkodzeniu systemu kostnego w związku z urazem, nie bacząc na zmiany miejscowe, stan ogólny chorego zadowolający, jest to, jak go nazwał pierwszy Hämig, okres wolnej przerwy (freie Intervall). Tylko w przypadkach, które dotyczyły chorych usypianych może go nie być, lub też występuje bardzo niewyraźnie. W tym okresie można czasami spostrzegać i pewne objawy ze strony płuc i serca, jakoto — nieco przyśpieszony oddech i tętno. W większości jednak przypadków nic nie zwiastuje grożącego niebezpieczeństwa. Czas trwania tej wolnej przerwy może być rozmaity, i, jak to wskazuje przypadek Halma, dochodzi do 9 dni. W większości jednak przypadków trwa zazwyczaj krócej, średnio 4 do 8-10 godzin. Objaśnienia tej rozmaitości czasu trwania okresu wolnej przerwy Eberth próbował szukać w przypuszczeniu rozmaitej przepuszczalności płuc dla tłuszczu. Wiemy jednak, że przypuszczenie to nie potwierdziło się, że prawdopodobnie większe znaczenie posiada ilość tłuszczu, jaka dostała się do krwiobiegu, i siła prawego serca. Po pewnym czasie względnie dobrego samopoczucia zjawia się oddech utrudniony, tętno przyśpieszone, i okres wolnej przerwy przechodzi w okres senności. Następuje ogólne obniżenie czynności mózgu. Chory staje się niespokojny (Aberle, Colley), bojaźliwy (Engel); czasami skarży się na nieokreślone bóle w dołku lub w piersiach (Benestad). Ogólne odurzenie przejawia się, jako osłabienie pamięci, senność, dezoryentacya; chory na krzyk jeszcze reaguje, lecz odpowiada bez związku (Gröndahl). U alkoholików nierzadko występują omamy (halucynacye), które czasami dają powód do rozpoznania obłędu opilczego (Aberle); czasami zdarzają się wymioty (Gröndahl). Czas trwania tego okresu może być rozmaity, i odgraniczenie od trzeciego okresu śpiączki (coma) napotyka na jeszcze większe trudności. Osłabienie świadomości stopniowo staje się coraz większe, chory na wołanie już nie oddziaływa, odruchy źrenicowy i rogówkowy osłabione, czasem zaś zupełnie zniesione. Często występują objawy podrażnienia mózgu bądź w postaci drgawek klonicznych (Czerny, Aberle), bądź tonicznych przykurczeń (Pomatti, Neck) ze szczękościskiem lub bez tegoż (Hämig), bądź też w postaci skurczów padaczkowatych. Przykurczenia lub drgaw-

ki zazwyczaj występują w zakresie pewnych grup nerwowych, jak np. drgawki górnych kończyn w przypadkach Czernyego, Pomettiego, Oehlera, Necka, lub w zakresie nerwu twarzowego (Oehler, Aberle). W przypadku Necka spostrzegano nawet tężec tylny (opisthotonus). Nierzadko występują objawy porażeń bądź w postaci ogólnej wiotkości mięśni, bądź też wyraźnych porażeń w zakresie pojedyńczych grup nerwowych (Aberle, Gröndahl).

Śpiączka (coma) zupełnego rozwoju dosięga już w ciągu pierwszych 24 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów. Czas trwania jej może być rozmaity—od kilku godzin do 3-ch a nawet 4-ch dni (Neck, Gröndahl). Śmierć zaś następuje w objawach wzrastającego osłabienia: tętno staje się coraz słabsze, ledwo wyczuwalne, oddech coraz bardziej powierzchowny, przyśpieszony, czasem przyjmuje charakter oddechu Cheyne-Stokesa.

Wszystkie te objawy mogą być mniej lub więcej wyrażone, tego lub innego okresu może brakować, jak również mogą one bardzo szybko następować jeden po drugim, co szczególniej ma miejsce w przypadkach, kończących się śmiertelnie.

W moczu, jak to już wskazywali Riedel i Scriba, po uszkodzeniach kości można bardzo często wykazywać obecność tłuszczu. Jednak opisywano i takie przypadki śmiertelnych zatorów tłuszczowych mózgu, gdzie tłuszczu w moczu nie udało się wykazać (Oehler, Aberle).

Zachowanie się ciepłoty ciała w zatorach tłuszczowych było przedmiotem wielu badań i sporów. Pierwsze opisane przypadki (Bergmann, Czerny, Minnich) przebiegały z gorączką, często dochodzącą do 40° C. Scriba jednak na podstawie doświadczeń swoich twierdził, że w czystych zatorach tłuszczowych następuje spadek ciepłoty, przyczem stopień i czas trwania tego obniżenia zależy od rozległości zatorów. Jeżeli zaś zjawia się gorączka, nie możemy, według Scriby uważać zatorów tłuszczowych za przyczynę śmierci, lecz przeciwnie—jakieś silne zakażenie.

Jednak spostrzeżenia kliniczne mówiły co innego. Zaledwie kilku autorów widziało spadek ciepłoty (Scriba, Vogt, Pinner, de Groubé), podczas gdy w przeważającej większości przypadków opisywano stałe i wysokie wzniesienia (Zwicke,

Colley, Ahrens, Ribbert, Pomatti, Hämig, Jentsch, Herrmann, Engel, Oehler, Reindlsberger, Neck, Aberle, Fuchs, Benestad, Gröndahl, Wierzejewski, Fromberg, Weber). Zwiększenia się ciepłoty zazwyczaj występują wkrótce po urazie, początkowo niezbyt wysokie, szczególniej znaczne w przypadkach śmiertelnych. Hämig podaje, że w 2 godziny po śmierci ciepłota zwiększała się i w pewnym przypadku dochodziła do 44° C. w odbytnicy. Fibich w doświadczeniach na psach widział, że zwiększenia się ciepłoty stale występowały po podskórnem złamaniu kości. Mniej stały, według niego, jest spadek ciepłoty, który jednak poprzedza wzniesienie. Aberle na zasadzie danych Demischa, który wykazał, że na 450 złamań podskórnych 54 razy bywały zwiększenia się ciepłoty ciała bez jakichkolwiek do tego powodów, sądzi, że można wzniesienia te łożyć na karb znacznego wchłaniania tłuszczu. Fibich atoli jest zdania, że ponieważ zwiększenie się ciepłoty tak szybko następuje po zadziałaniu urazu, nie można myśleć o jakiemkolwiek wchłanianiu. O zakażeniu również mowy być nie może, ponieważ złamania były podskórne, prędzej można je uzależnić od zaburzeń nerwowych. Hämig przypomina, że fizyologia znalazła ośrodek ciepła w corpus striatum. Ponieważ zatory mózgowe wywołują nietylko zaczopowanie naczyń lecz i wybroczyny krwawe, a nawet, jak w przypadku Pomattiego, zakrzepy włóknikowe, przypuszcza więc Hämig, że zatory tłuszczowe powodują zaburzenia w czynności ośrodka ciepła, a stąd — dają zwiększenie się ciepłoty. W ostatnich czasach Gröndahl powtórzył doświadczenia na królikach i znalazł, że, wstrzykując drobne ilości tłuszczu, można otrzymać niewielkie zwiększenie się ciepłoty ciała, podczas gdy po ilościach śmiertelnych zawsze następuje zmniejszenie się. Z innych objawów trzeba jeszcze wspomnieć o krwotokach skórnych, które opisywali Wahnkau, Oehler, Benestad. Występują one jednak względnie późno, gdyż, jak to było w przypadkach Benestada, dopiero trzeciego dnia. Gröndahl starał się u królików znaleźć krople tłuszczu we krwi, wyniki wszakże otrzymał bardzo nieznaczne.

W przypadkach, które zakończyły się pomyślnie, zazwyczaj występowały tylko dwa pierwsze okresy. Oehler jednak opisał przypadek głębokiej śpiączki ze zniesieniem odruchów,

który zakończył się pomyślnie. W przypadkach Aberlego, Gaugelego, Benestada chorzy byli senni, oddziaływali jednak na wołanie, zupełnej więc śpiączki nie było. Co się tyczy przebiegu, to w przypadkach Aberlego i Wilmsa objawy wkrótce przeminęły; atoli, jak wskazują przypadki Oehlera, Benestada zaburzenia mózgowe, wywołane przez zatory, bywają daleko poważniejsze, i wyzdrowienie następuje dopiero po 14 do 21 dni.

Druga postać zatorów tłuszczowych, wyróżniona przez Payra, oddechowa czyli płucna — przedstawia mniejszą wartość kliniczną ze względu na szybki przebieg, trudność rozpoznania i z tego powodu niemożność zastosowania leczenia. Objawy są bardzo niewyraźne i przebieg rozmaity. Gröndahl na zasadzie ogłoszonych dotychczas przypadków rozróżnia w tej postaci 2 grupy: 1) przypadki udarowate i 2) wolniej przebiegające:

1. Przypadki udarowate charakteryzuje nadzwyczaj szybki przebieg. Do tych należą przypadki, opisane przez Mecha, Zwickego, Eupharta, które bardzo szybko zakończyły się zejściem śmiertelnem w objawach zapaści. W przypadkach tych dopiero badanie drobnowidzowe wyjaśniło przyczynę śmierci.

2. Wolno przebiegające przypadki. Według Gröndahla — i w tej grupie z charakteru klinicznego można odróżnić postać z silnie wyrażonymi objawami płucnymi i takie, w których te objawy wyrażone są słabiej. Przypadki pierwszego rodzaju opisywali Aberle, Gaugele. Wolniej przebiegające przypadki ogłosili Bergmann, Payr, Lücke, Preindlsberger, Schramm i inni.

Objawy płucnych zatorów tłuszczowych nie posiadają tylu charakterystycznych cech, co mózgowe, wszelako — przebiegają dosyć typowo. W wielu przypadkach, jak mówi Gröndahl, spotykano wolną przerwę początkową, której czas trwania, jak i w postaci mózgowej, może być bardzo rozmaity — od kilku godzin do dni.

Chory doznaje uczucia obawy lub niepokoju. Wkrótce występuje nadzwyczaj silna duszność, sinica i kaszel, który już Riedel i Scriba uważali za objaw, występujący stale. Jednak w przypadkach Hämiga i Payra kaszlu nie było zupełnie. Chory zaczyna wykasływać plwocinę często krwawo zabarwioną,

lub tylko z pojedyńczemi żyłkami, jak to było w przypadkach v. Bergmanna, Payra, Engela, Benestada i innych.

Sonthan znalazł w plwocinie znaczną zawartość tłuszczu. Stopniowo oddech staje się coraz bardziej utrudniony, rzężący. Wysłuchiwanie płuc wykazuje obecność drobno- i średniobańkowych rzężeń; wypukowych zmian niema (Payr). Silna duszność, kaszel, krwawa plwocina, gorączka dają czasami powód do błędnego rozpoznania zapalenia płuc płatowego, jak to było w przypadku Gröndahla.

Razem z tymi objawami obrzęku płuc lub nieco później występują objawy ze strony serca bądź jako niepokój, bądź jako ból w okolicy dołka sercowego. Tętno najczęściej przyśpieszone, drobne, miękkie. Stopniowo wszystkie objawy zwiększają się, oddech staje się powierzchowny, tętno znikające, i po pewnym czasie następuje śmierć. Świadomość do końca może być zachowana (Payr), w większości jednak przypadków następuje utrata przytomności, co najprawdopodobniej stoi w związku z niedokrwieniem mózgu i przepełnieniem krwi kwasem węglowym.

Istnieją jednak przypadki, w których objawy groźne stopniowo ustępują, i sprawa może skończyć się pomyślnie, jak to opisywali Aberle, Gaugele, Schramm i inni.

Co się tyczy ciepłoty ciała to, jak już mówiliśmy, nie bacząc na pierwotne doświadczenia Scriby i innych, w większości przypadków widziano duże zwiększanie się, podobnie jak w postaci mózgowej. O ile jednak tam wytłómaczyć je można podrażnieniem ośrodków ciepła, o tyle tu wytłómaczenie napotyka na znaczne trudności. Bowiem, jak to zauważył Fibich, zwiększenie się ciepłoty następuje tak prędko, że nie można u obwiniać wessania tłuszczu, jak to przypuszczał Aberle.

* *
*

Pierwsze przypadki śmiertelnych zatorów tłuszczowych rozpoznawane były dopiero podczas badania pośmiertnego. Po raz pierwszy za życia chorego rozpoznał zatory Bergmann. Występujące po pewnym czasie w wyniku cięższych uszkodzeń układu kostnego zaburzenia ze strony płuc i mózgu, jak brak

tchu, kaszel z krwawą plwociną, przyśpieszone tętno, śpiączka, wysoka ciepłota i t. d. — oto główne cechy zatorów tłuszczowych. Jednakże rozpoznanie nie zawsze łatwo ustalić, jak tego uczy — między innymi — przypadek Fuchsa, w którym po spadnięciu człowieka z wysokości 10 metrów, nie znajdując złamań, podejrzywano krwotok wewnętrzny i z tego powodu wykonano zupełnie niepotrzebnie otwarcie jamy brzusznej. Dopiero badanie pośmiertne wykazało rozległe zatory tłuszczowe.

Już Hämig wskazywał na trudności w odróżnianiu ciężkich zatorów tłuszczowych od krwotoków wewnątrzczaszkowych, ponieważ zatory tłuszczowe mogą występować bez złamań (Ribbert), a krwotoki wewnątrzczaszkowe bez zewnętrznych uszkodzeń czaszki. Pierwotne krótko lub długotrwałe zaburzenia świadomości w obu przypadkach mogą być lub nie być; odosobnione porażenia widziano w zatorach tłuszczowych, podczas gdy w krwotokach wewnątrzczaszkowych częściej istnieją ogólne objawy mózgowe; obecność tłuszczu w moczu nie może tu być rozstrzygająca, ponieważ w wielu przypadkach zatorów tłuszczowych brak go zupełnie; zwiększenie się ciepłoty spostrzegano w obu sprawach, znaczniejsze jednak skoki w połączeniu z innymi objawami przemawiają raczej na korzyść zatorów.

Rozstrzygającemi mogą tu być wybroczyny krwawe na skórze i śluzówkach; badanie dna oka w przypadkach zatorów może wykazać krwotok, a nawet bezpośrednio krople tłuszczu; w razie zaś krwotoku wewnątrzczaszkowego daje brodawkę zastoinową. Oehler przypisuje duże znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze brakowi napiętego tętna. Daleko łatwiej różniczkować śpiączkę zatorową od śpiączki cukrzyczej lub moczniczowej, w których przebiegu może zdarzyć się cięższe uszkodzenie układu kostnego, gdyż badanie moczu odrazu wykaże, z czem mamy do czynienia. Podobne trudności występują w rozpoznawaniu zatorów płucnych, jak to wskazuje przypadek Gröndahla, który przebiegał z rozpoznaniem zapalenia płuc płatowego.

Mówiąc o częstości występowania zatorów tłuszczowych, zwracaliśmy uwagę, że większość autorów zgodnie zaznacza

rzadkość tej sprawy, jako jedynej przyczyny śmierci. Bruns, Aberle i inni przypuszczają, że zatory tłuszczowe powstają po każdem złamaniu kości, jednak w stopniu bardzo nieznacznym. Według Ribberta, Bergmanna zatory tłuszczowe wtedy bywają groźne, gdy złamaniom towarzyszy silne wstrząśnienie całego systemu kostnego. Payr, Aberle i wielu innych zgodnie zwracają uwagę, że długa bezczynność kończyn bądź wskutek unieruchomienia opatrunkiem gipsowym, bądź spowodowana porażeniami, prowadząc do zaniku kości i zwiększenia zawartości tłuszczu w szpiku, stanowią poważne niebezpieczeństwo w razie złamania kości przypadkowego lub umyślnego.

W sprawie ostatecznej przyczyny śmierci w przypadkach śmiertelnych zatorów tłuszczowych rozmaite były wygłaszane poglądy. Bergmann sądził, że wielkie ilości tłuszczu mogą spowodować porażenie serca, zapełniając stopniowo prawe serce krwią, zawierającą niezwykłą ilość tłuszczu wskutek zaczopowania włośniczek płucnych, podczas gdy lewe serce otrzymuje bardzo nieznaczną ilość krwi, zawierającej tlen.

Według Flournoya — obrzęk płuc stanowi główną przyczynę śmierci, zatory zaś mózgu są zjawiskiem pobocznem. Czerny z badań swoich wnosi, że zatory tłuszczowe można uważać za ostateczną przyczynę śmierci wtedy, jeżeli są bardzo rozległe lub dotyczą tak ważnych narządów, że mogą wywołać poważne zaburzenia w ich czynności. Scriba twierdzi, że śmierć następuje tylko w następstwie licznych zatorów mózgu i rdzenia, mianowicie wskutek wywołanego przez nie niedokrwienia tętniczego i następowych zaburzeń w odżywianiu.

U ludzi, twierdzi Scriba, nigdy nie mogą nastąpić tak znaczne zatory tłuszczowe włośniczek płucnych, by wywołały śmierć, ponieważ nie udawało mu się otrzymać odpowiednich wyników za pomocą wstrzykiwania tłuszczu do żył zwierzętom. Payr, opisując pierwszy przypadek, w którym znalazł tak zw. status thymicus s. lymphaticus, wyraził przypuszczenie, że układ ten może zwiększać niebezpieczeństwo zatorów tłuszczowych, gdyż tłuszcz może przechodzić nietylko przez drogi krwionośne, lecz i chłonne, które w takim razie przy powiększeniu całego aparatu chłonnego mocno są rozwinięte. Lecz już wkrótce udało mu się przekonać na drodze dokładnego badania naczyń

i gruczołów chłonnych dolnych kończyn, że nie przedstawiają one nic nieprawidłowego. W 4-ch później opisanych przez siebie przypadkach śmiertelnych zatorów tłuszczowych, Payr, znalazłszy grasicę zachowaną, gruczoły chłonne powiększone, przypuszcza, że w danych razach stan tak zw. grasiczochłonny posiada duże znaczenie. Opiera się przytem na zdaniu Paltaufa, który, badając przypadki śmierci zw. grasiczą (Thymustod), doszedł do wniosku, że osobniki, u których znajdujemy powiększenie migdałów, rozległe skupienie gruczołów chłonnych, śledzionę powiększoną, grasicę zachowaną, wreszcie — układ tętniczy (aorty) zwężony, przedstawiają typ limfatycznochlorotyczny, z którym znajdują się w związku opisywane przypadki nagłej śmierci.

Paltauf u takich osobników znajdował najczęściej obraz świeżego rozszerzenia serca i zwyrodnienia ziarnistego. Dla tego sądzi, że pod wpływem nienormalnego odżywiania i wskutek zaburzeń w ruchach serca, zmienionych warunków ciśnienia krwi, takie zmiany zostają wywołane w ośrodkach nerwowych serca, że wskutek ciągłych podrażnień i zahamowań staje się ono niezdolne do czynności. Payr twierdzi, że, jeżeli Paltauf i inni szukają przyczyny śmierci w zmianach ciśnienia krwi, spowodowanych szeregiem podrażnień, i objaśniają w związku z tem porażenie serca, to i zaburzenia w krwiobiegu w zatorach tłuszczowych i przypadkach śmierci w status thymicus znajdują się w pewnym związku, jeżeli zmiany w warunkach ciśnienia mogą być bezpośrednio dowiedzione przez wykazanie rozległych zatorów włośniczek ważnych dla życia narządów.

Payr uważa śmierć z zatorów tłuszczowych, w pewnym przynajmniej szeregu przypadków, gdy rozległość ich nie objaśnia zejścia śmiertelnego, u osobników z typowym st. lymphaticus i zachowaną grasicą, jako bezpośredni skutek tej właściwości ciała, sądząc, że zatory tłuszczowe są jednym z podrażnień, prowadzących do śmiertelnych zaburzeń w krążeniu. Przypadki śmiertelnych zatorów tłuszczowych, w których znajdowano st. thymicus, opisali Reindlsberger, Brenziger, Aberle, Gaugele. Riedel, który badał anatomopatologicznie przypadek Gaugelego, zarzuca Payrowi, że ten nie odróżnia st. lymphaticus od st. thymicus, które — jak to wynika z badań von Wie-

sela i Hedingera — są dwoma zasadniczo różnemi zjawiskami. W przypadkach czystego st. lymphaticus znajdujemy niedokształcenie (hypoplasia) układu chromochłonnego, przedewszystkiem—substancyi miąższowej nadnerczy; w przypadkach czystego przerostu grasicy układ chromochłonny nietylko jest dobrze rozwinięty, lecz często nawet nadmiernie. Jak to niedawno wykazał Hart — zarówno mechaniczna teorya śmierci grasiczej, jak i teorya Paltaufa, opierają się na kruchych podstawach, gdyż obecność grasicy przedstawia tylko częściowy objaw pewnej ogólnej nieprawidłowości rozwojowej, która przejawia się w gruczołowatym przeroście całego przyrządu chłonnego i w niedokształceniu układu naczyń tętniczych i warunkuje ciężkie nadwyrężenia odporności osobnika na wpływy zewnętrzne.

W ostatnich czasach Wierzejewski, zajmując się sprawą zatorów tłuszczowych po zabiegach kostnych, zauważył, że te zwierzęta, które były chloroformowane, daleko częściej podlegały zatorom tłuszczowym, aniżeli usypiane przy pomocy eteru. Poszukując przyczyn tego zjawiska, znalazł je u Lattesa, który badał wpływ tłuszczu, krążącego we krwi, na jadowitość chloroformu. Lattes wlewał psom do żyły chloroform w zawiesinie tłuszczowej aż do nastąpienia uśpienia i zniesienia odruchów. Okazało się, że obecność tłuszczu we wstrzykiwanym płynie wzmaga działanie chloroformu o tyle, że ilość jego, potrzebna do wywołania uśpienia, zmniejsza się prawie do połowy. A dlatego zwiększenie zawartości tłuszczu we krwi wywołuje zmniejszenie ilości chloroformu, potrzebnej do wywołania uśpienia, i przez to wywołuje wzmożenie trującego działania tego narkotyku. Lattes objaśnia tę sprawę w ten sposób, że tkanka tłuszczowa ustroju przyjmuje daleko mniejszą ilość chloroformu, jeżeli we krwi krąży nadmiar tłuszczu. Otóż Wierzejewski sądzi, że nagle występujący brak oddechu (zamartwica, asfiksya) podczas zabiegów kostnych, wykonywanych w uśpieniu chloroformowem, przynajmniej w pewnej liczbie przypadków, można objaśnić jak następuje: dla otrzymania stałego prawidłowego i głębokiego uśpienia trzeba, aby we krwi krążyła określona ilość chloroformu.

Jeżeli nagle wskutek wstrząśnięcia lub uszkodzenia wystąpi ze szpiku kostnego tłuszcz do dróg krwionośnych, wtedy

znaczna ilość — prawie połowa — znajdującego się we krwi narkotyku okaże się dostateczną do uśpienia, podczas gdy druga połowa, jako zbyteczny nadmiar, może wywrzeć trujące działanie, i przez to wywołać brak oddechu. Do niebezpieczeństwa, jakie przedstawia zalanie krwi kropelkami tłuszczu, przyłącza się jeszcze jedno niebezpieczeństwo — zatrucia przez nadmiar chloroformu. Że wtedy ustrój na to podwójne zło odpowiada ciężkimi objawami ze strony serca i płuc — to jasne bez wyjaśnień.

Wychodząc z tego założenia Wierzejewski użycie chloroformu możliwie ogranicza, i używa prawie wyłącznie eteru. Czy uśpieniu przy pomocy eteru jako substancyi, rozpuszczającej tłuszcz, można przypisać jednocześnie lecznicze znaczenie, Wierzejewski nie rozstrzyga.

* * *

Zapobieganie powstawaniu zatorów tłuszczowych inne jest w zwykłych uszkodzeniach kości, jak np. złamanie, strzaskanie i t. p., inne w zabiegach leczniczych, wykonywanych na układzie kostnym. Jak to wskazują przypadki Euphrata, Oehlera, Necka, Bussego, objawy zatorów tłuszczowych występowały w związku z utrudnionem przewożeniem chorych. Stąd autorzy ci wskazują, by po ciężkich uszkodzeniach kości unikać dłuższego przewożenia chorych, zmiany opatrunku w ciągu pierwszych dni i miesienia, mającego na celu przyśpieszenie wchłaniania w miejscu złamania. Gröndahl zwraca uwagę, że postępowanie takie jest słuszne nietylko dla pierwszych dni, lecz i następnych, gdyż zawsze istnieje pewne wchłanianie tłuszczu przez naczynia chłonne, które jeszcze bardziej zapełnia płuca tłuszczem.

W zabiegach leczniczych, wykonywanych na układzie kostnym, inne warunki należy brać pod uwagę. Jak to ogólnie wiadomo — w pewnym szeregu przypadków, podlegających zabiegom ortopedycznym, kościec przedstawia znaczny stopień zgąbczenia i zaniku. Dlatego Aberle radzi wogóle zapobiegać wytwarzaniu się przykurczeń porażeniowych, operować możliwie wcześnie, by przedsiębrać prostowanie z jednej strony przed zjawieniem się szpiku tłuszczowego, z drugiej przed wy-

tworzeniem się zaniku kości. W przypadkach krwawych zabiegów na układzie kostnym, wykonywanych w niedokrwieniu Esmarcha, radzi Aberle unikać szybkiego zdejmowania opaski i miesienia miejsca uciśniętego, by tłuszcz, jaki dostał się do naczyń żylnych, nie wpędzać nagle w ogólny krwiobieg. W przypadkach przykurczeń daleko posuniętych z wybitnym zanikiem kości Aberle radzi wykonywać raczej przecięcie kości jako postępowanie mniej niebezpieczne, niż gwałtowne prostowanie, bowiem podczas tego ostatniego trudno jest uniknąć nadłamania i zgniecenia szpiku. Reiner, wychodząc z założenia, że cała masa tłuszczu, wyzwalająca się przy wyprostowaniu lub łamaniu umyślnem, dostaje się do żył w czasie zabiegu, powziął myśl chwytania — po nałożeniu opaski Esmarcha — pierwszych fal krwi, wypełnionych tłuszczem i odprowadzenia ich na zewnątrz; w zakresie kończyny dolnej łatwo to wykonać, gdyż wszystka krew żylna odpływa przez jeden pień — żyłę udową. Zgodnie z tym planem Reiner w dwóch przypadkach przykurczeń kolana, w których wykonał wyprostowanie w niedokrwieniu Esmarcha, wydzielił pnie żylne w okolicy pachwinowej przed rozluźnieniem opaski. Przez żyłę łonową lub odpiszczelową dodatkową (v. pubica, i v-a saphena accessoria) wsuwał cewkę dosyć znacznego wymiaru, dość długą, by można było przejść przez krótki odcinek żyły odpiszczelowej (saphena) do żyły udowej. Bez cewki odprowadzenie krwi nie udaje się z powodu obecności zastawek w miejscu wejścia żyły odpiszczelowej (saphena) do żyły udowej. Po wprowadzeniu cewki szybko zdejmował opaskę Esmarcha i wyciekającą krew chwytał w naczynie z wodą przekroploną, uciskając jednocześnie żyłę udową przyśrodkowo od miejsca wyjścia cewki, by przeszkodzić przepływaniu krwi. Pochwycona krew w obu przypadkach wykazywała obfitą zawartość tłuszczu. Wobec krótkości czasu, podczas którego cewka znajduje się w żyle, niema obawy wytworzenia się skrzepu, uszkodzenia zaś błony wewnętrznej żyły unika się dzięki zaokrągleniu brzegów cewki.

Właściwe leczenie zatorów tłuszczowych polega na zastosowaniu środków pobudzających, aby podnieść siłę skurczów serca w celu szybszego wydzielenia tłuszczu.

Próbę teoretycznie uzasadnionego leczenia ogłosił i w je-

dnym przypadku wykonał z powodzeniem Wilms. Wychodząc z założenia, że zatory tłuszczowe powstają, jak przekonał się na drodze doświadczeń i spostrzeżeń własnych, przy udziale naczyń chłonnych, w pierwszym następnym przypadku, w którym rozpoznał zatory tłuszczowe, otworzył przewód piersiowy (ductus thoracicus), by odprowadzić w ten sposób tłuszcz, idący do płuc. W chłonce (chylus) okazała się znaczna ilość tłuszczu. Po 18-tu dniach chory wypisał się z wyzdrowieniem.

Badania Fritschego potwierdziły pogląd Wilmsa, bowiem i on w doświadczeniach na zwierzętach przekonał się, że w przypadkach, w których zatory powstawały wskutek wstrząśnień układu kostnego, za pomocą sączkowania przewodu piersiowego można wiele osiągnąć, jeżeli zabieg ten wykonać wkrótce po wystąpieniu objawów zatorów. Nie bacząc jednak na pomyślny wynik tego zabiegu Wilms i Fritsche zgodnie twierdzą, że zakres wykonania jego jest bardzo ograniczony z powodu trudności rozpoznania początku zatorów tłuszczowych, i wreszcie dlatego, że czyste przypadki zatorów na drodze chłonnej są względnie rzadkie.

Jakkolwiek ten sposób leczenia posiada uzasadnienie teoretyczne, to jednak, jak mówi Gröndahl, nie trzeba zapominać, że nie wszystkie przypadki, które dają pewne objawy kliniczne, przebiegają śmiertelnie; być może, że przypadek Wilmsa i bez zabiegu dałby zejście pomyślne, bowiem chociaż w przypadku tym objawy wystąpiły bardzo gwałtownie, podobnie jednak było w przypadku Oehlera, gdzie bez wytworzenia przetoki sprawa skończyła się pomyślnie; po drugie — zabieg ten jest wykonalny tylko w przypadku mózgowych zatorów tłuszczowych i pourazowych niezbyt szybko przebiegających, które łatwiej rozpoznać, niż płucne, o przebiegu bardzo szybkim. Według Wilmsa — cała trudność tego sposobu leczenia polega na dokładnem określeniu chwili, w której go trzeba wykonać. Zabieg ten i Fritsche uważa za prosty i nie przedstawiający niebezpieczeństwa, gdyż przez późniejsze podwiązanie przewodu piersiowego unikamy długotrwałego chłonkotoku; wielka zaś liczba połączeń przewodu piersiowego ułatwia powstanie krążenia obocznego.

Wilms i Fritsche nie podają ścisłych wskazań do wytwo-

rzenia przetoki przewodu piersiowego, zadawalając się ogólnikowem określeniem, że może być skuteczne w przypadkach zatorów tłuszczowych, powstałych na drodze chłonnej. Według Gröndahla — wskazania te są zbyt ograniczone. Rozumuje on w sposób następujący. W wyniku złamania kości momentalnie lub w krótkim czasie zostaje uwolniony tłuszcz, który przez naczynia krwionośne dociera do płuc. Czasami ilość tłuszczu jest tak wielka, że wywołuje szybką śmierć wskutek zatorów tłuszczowych płuc lub mózgu, i te przypadki do leczenia nie nadają się.

W większości wszakże przypadków ilość tłuszczu nie jest tak wielka i wywołuje objawy ze strony płuc; ilość ta może zatrzymać się w płucach, nie przesuwając się dalej. Jednak w ciągu następnych godzin i dni ma miejsce dalszy dowóz tłuszczu już nie przez drogi krwionośne, gdyż naczynia w miejscu złamania zostają zamknięte wskutek ucisku przez wylew krwawy i wytworzone skrzepy, lecz przez naczynia chłonne. Krople tłuszczu, przechodząc przez gruczoły chłonne, dochodzą do przewodu piersiowego i płuc, gdzie ilość tłuszczu stopniowo zwiększa się.

Na korzyść takiego przebiegu przemawia tak zw. wolna przerwa rozmaitej długości, dalsze lecz stopniowe wzrastanie objawów mózgowych i t. p. Te dochodzące przez drogi chłonne zatory tłuszczowe, mówiąc obrazowo, przepełniają czarę i dlatego byłoby właściwe przerywać tę drogę za pomocą wytworzenia przetoki. Według Gröndahla — wskazane będzie w każdym przypadku, w którym możemy rozpoznać zjawiające się objawy mózgowych zatorów tłuszczowych, szybkie wykonanie tego zabiegu.

Schanz poleca wlewania podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej, które tem lepsze wywierają działanie, im wcześniej i obficiej są wykonywane. Działanie wlewań objaśnia Schanz w ten sposób, że zwiększona przez wlewanie zawartość naczyń krwionośnych wywołuje ich rozszerzenie. W ten sposób kropelki tłuszczu, które zamykają światło włośniczek, mogą przepłynąć dalej. Wielka ilość płynu oprócz tego powoduje zwiększenie ciśnienia krwi i sprawia większe rozcieńczenie zawiesiny tłuszczowej. Jak to wyżej mówiliśmy — Codi-

villa i Nervi przypadki, ogłoszone przez Schanza, uważają za niezależne od zatorów tłuszczowych.

W zakończeniu zaznaczyć trzeba, że w piśmiennictwie polskiem prawie niema prac o zatorach tłuszczowych. Oprócz bowiem Wierzejewskiego — w dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem tylko przypadek Putermana, który jednakże rozpoznano, jako zator płucny pochodzenia zakrzepowego. Schramm w swym podręczniku „Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego“ podaje jeden przypadek z zejściem pomyślnem. Wreszcie Zawadzki na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie podał kilka przypadków zatorów tłuszczowych. Tę małą liczbę ogłoszonych spostrzeżeń objaśnić można nie większą ich rzadkością u nas, lecz błędnem rozpoznawaniem i niewłaściwem tłómaczeniem spostrzeganych objawów.

PIŚMIENNICTWO.

1*. Ahrens. Tödliche Fettembolie nach gewaltsamer Streckung beider Kniegelenke. Beitrag. z. klin. Chirurg. 1895. Tom 14.
2*. Aberle. Ueber Fettembolie nach orthopäd. Operation. Zeitschr. f. orthopäd. Chirurg. 1908. T. 19.
3. Bergmann S. Zur Lehre von der Fettembolie. Habilit. Schr. Dorpat. 1863. Ref. w Schmidt's Jahrbücher. T. 131.
4*. Bergmann S. Ein Fall tödlicher Fettembolie. Berlin. klin. Wochen. 1873. № 33.
5*. Busch F. Ueber Fettembolie. Virchow's Archiv. 1866. Tom 35.
6. Böttcher. Ein Fall von Fettembolie. Dorpat. Medic. Zeitschr. Tom 6. Według Aberlego.
7*. Brenziger. Ueber zwei weitere Fälle von Fettembolie. Wien. klin. Rundsch. Ref. w Zeit. f. orth. Chir. 1906. № 27.
8*. Bruns P. Die Lehre von den Knochenbrüchen. Deutsche Chirurgie. Zeszyt 27.
9. Busse. Ueber Fettembolie. Aerztlich. Sachverst. Zeit. 1901. Ref. w Jahresbericht f. Chirurgie. 1901.

*) Liczby, oznaczone gwiazdką, wskazują przytaczanych autorów.

10*. Benestad. Drei Fälle von Fettembolie. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1911. T. 112.
11*. Bürger L. Die Fettembolie u. ihre Bedeutung des Todes. u. Krankheitsursache. Vierteljahrsch. f. gericht. Mediz. Tom 39. Ref. w Jahresber. über d. gesamt. Mediz. Rocznik 45, Tom 1.
12*. Bergemann. Die traumatische Entstehung d. Fettembolie. Berlin. klin. Wochenschr. 1910. № 24.
13. Beitzke. Sur l'embolie graisseuse. Revue med. de la Suisse. 1912. Referat.
14*. Codivilla. Ueber Krampfanfälle nach orthopäd. Operation. Deutsch. med. Wochenschr. 1910. № 46. Ref. w Jahresber. d. gesamt. Med. 1910. T. II.
15*. Colley F. Ueber Fettembolie nach gewaltsamer Gelenksbeugung und zur Kenntniss der Entstehung von Enchondromen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1893. Tom. 36.
16*. Czerny V. Ueber die klinische Bedeutung der Fettembolie. Berlin. klin. Wochenschr. 1875. № 44 i 45.
17*. Demisch. Ueber Temperatursteigerungen bei der Heilung subcutaner Fracturen. Dissert. Zurich. 1885. Cyt. wedł. Aberlego.
18*. Eberth. I. Zur Kenntniss der Fettembolie. Fortschr. d. Medizin. 1898. T. 16. Cyt. wedł. Payra.
19*. Euphrath. Fettembolie nach Oberschenkelhalsbruch als plötzliche Todesursache während d. Chloroformnarkose. Deutsche med. Wochenschr. 1902. № 29.
20*. Eichhorn. Ein Beitrag z. Lehre von d. Fettembolie Diss. Lipsk. 1907.
21. Engel. Fettembolie einer tuberk. Lunge in Folge v. Leberruptur. Münch. med. Wochensch. 1901. № 26.
22. Feltz V. Traité clinique et experimentale des embolies copillaires. Paris. 1870. Ref. w Schmidt's Jahrbücher. Tom. 148.
23*. Fibich E. Experiment. Beitrag zur Theorie von d. Einwirkung d. Knochenbrüche auf d. Kreislauf u. d. Temperatur. Wien. klin. Wochenschr. 1902. № 4.
24*. Finotti E. Tod durch Fettembolie d. Lungen nach Kompressionsfrak. d. unt. Extremit. Deutsch. Zeit. f. Chir. T. 39
25*. Flournoy. Contribution à l'etude de l'embolie graisseuse. Strassburg. 1878. Według Scriby.
26*. Frischmuth. Ueber Fettembolie. Diss. Königsberg. 1909. Ref. w Zeitsch. f. orthop. Chirurg. 1909 r.
27*. Fromberg C. Die Fettembolie d. grossen Blutkreislaufer und ihre Ursache. Mitteilung. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. Tom 26. Zeszyt 1.
28*. Fritsche. Experiment. Untersuchungen z. Frage d. Fettembolie. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1910. Tom 107.
29*. Fuchs. Ueber ein Fall v. tödlich verlaufenden Fettembolie. Münch. med. Wochensch. 1909. № 10.
30. Fuchsig. E. Ueber traumatische Lipämie. Zeitsch. f. Heilkunde 1902. Według Aberlego.

31*. Fuchsig E. Ueber experimentelle Fettembolie. Zeitschr. f. experimen. Pathologie u. Therapie. Tom 7, Zeszyt 3.
32*. Gaugele. Ueber Fettembolie nach orthopäd. Operationen. Zeitsch. f. orthopäd. Chir. 1910. Tom. 27.
33*. Gröndahl N. B. Untersuchungen ueber Fettembolie. Deutsch. Zeitsch. f. Chirur. 1911. Tom 111.
34*. Groubé G. De l'embolie graisseuse. Revue de Chirurgie. 1895. № 7.
35*. Halm A. Beiträge z. Lehre d. Fettembolie. Habilit. Schr. München. 1876. Według Scriby.
36*. Hämig. Ueber Fettembolie d. Gehirnes. Beiträg. z. klin. Chirur. 1900. Tom 27.
37. Herrmann F. Sechsfache Fraktur d. rechten Unterschenkels kompliziert mit Embolie d. Pulmonalarterie. Deut. med. Wochensch. 1901. № 31.
38. Huttleman. Ueber Embolien nach Frakturen. Diss. Berlin. 1906. Według Eichhorna.
39*. Jentzsch. Ueber Fettembolie. Inaug. Disser. Halle. 1898. Ref.
40. Kisch. Ueber d. Genu recurvatum osteomyeliticum. Beiträg. zur klin. Chirurg. 1904. Tom 41.
41. Lücke A. Bericht ueber d. chirurg. Universitätsklin. in Bern. 1865 — 1872. Deutsch. Zeit. f. Chirurg. Tom 2.
42. Lympius. Tödliche Fettembolie in d. Narkose bei Brisement forcé. Jahrbücher d. Hamburger Staatskrankenanstalt. 1893/4. Wedł. Aberlego.
43. Lesser. Massnahmen bei Luft und Fettembolie. Zentralbl. f. Chirurg. 1910. № 9.
44*. Lattes. Ueber d. Einfluss, den das in Blut zirkulirende Fett auf d. Giftwirkung d. Chloroform's ausübt. Münch. med. Woch. 1910. № 40.
45*. Minnich. Sull'embolismo di grasso nelle fratture. Lo Sperimentale. 1882. № 3. Ref. w Zentralbl. f. Chir.
46*. Mech. Tödliche Fettembolie nach Frakturen. Beiträg. z. Klin. Chirurg. 1892. Tom 8.
47*. Magendie. Leçons sur les phenomenes physiques de la vie. Tom I. 1827 r.
48. Niederstadt. Ueber Embolie d. Lungenkapillaren mit flüssigem Fett bei Osteomyelitis. Diss. Göttingen. 1869. Cyt. wedł. Scriby.
49 Neck. Ueber cerebrale Fettembolie. Münch. med. Woch. 1906. № 26.
50*. Oehler. Diagnose d. cerebralen Fettembolie. Beiträg. z. klin. Chirurg. Tom 65.
51*. Pinner O. Ein Beitrag. z. Lehre d. Fettembolie. Berlin. klin. Wochen. 1883. № 13.
52*. Payr E. Ueber tödliche Fettembolie nach Streckung von kontrakturen. Münch. med. Wochenschr. 1898. № 28.
53*. Payr E. Weitere Beiträg. z. Kenntniss u. Entklärung d. fettembolischen Todes nach orthopäd. Eingriffen u. Verletzungen. Zeitschr. f. Orthopäd. Chirurg. T. 7.

54. Pomatti. Ueber einen Fall von Fettembolie des Gehirnes. Diss. Zürich. 1895. Wedł. Aberlego.
55. Preindlsberger. Ein Fall von Fettembolie nach Redressement. Zeitsch. f. Heilkunde. 1903. № 4. Ref. w Zeit. f. Orthopäd. Chir.
56*. Puterman. Przypadek zawału krwotocznego w prawym płucu pochodzenia zatorowego w przebiegu złamania kończyny dolnej prawej. Kronika lekarska. 1893.
57. Praeger. Ein Fall von Fettembolie nach Ovariotomie. Münch. med. Wochensch. 1910. Str. 1092.
58*. de Quervain. L'embolie graisseuse consecutive du redressement brusque des articulations ankylosées. La semaine medicale. 1904. № 41.
59*. Riedel B. Zur Fettembolie. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie. 1877 r. Tom 8.
60. Reiter. Ueber Fettembolie. Diss. Würzburg. 1886. (Aberle).
61*. Ribbert. Ueber Fettembolie. Deutsch med. Wochenschr. 1907. № 40.
62*. Reiner M. Experimentelles zur Frage d. Fettembolie. Münch. med. Wochensch. 1907. № 40.
63*. Reiner M. Versuche zur Verhütung d. operativ. Fettembolie. Wiener med. Wochensch. 1909. № 28.
64*. Scriba. Untersuchungen ueber die Fettembolie. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. 1880. T. 12.
65. Smirnow. Zur Frage von den Fettembolien nach Knochentraumen. Ref. w Zentralbl. f. Chir. 1903. № 39.
66*. Sontham. A case of fat-embolism affer fracture where fat was present in the sputum and urine. The Lancet. 1902. № 3. Ref. w Jahresbericht f. Chirurgie. 1902 r.
67*. Schanz. Zur Behandlung der Krampfanfalle nach orthopad. Operationen. Zentralbl. f. Chirurg. 1910. № 2.
68*. Schmid. Ueber Fettembolie nach Frakturen. Diss. München. 1910. Ref. w Zeitsch. f. orthop. Chir. T. 26.
69*. Schramm H. Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego. Tom 1. Lwów. 1901 r.
70. Wagner E. Die Kapillarembolie mit flussigem Fett, eine Ursache der Pyämie. Archiv. f. Heilkunde. Tom 3 i 6. Według Scriba'y.
71. Wiener M. Wesen u. Schicksal der Fettembolie. Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. 1879. T. 11. Według Fuchsiga.
72*. Wahncan. Ein Fall von tödlicher Fettembolie. Diss. Halle. 1886. Według Ahrensa.
73*. Wierzejewski. Ueber Unfälle u. Komplikationen bei orthopädischen Operationen. Münch. med. Wochensch. 1911. № 29.
74*. Wilms. Traitement de l'embolie graisseuse par le drainage temporaire du canal thoracique. Semaine medicale. 1910 r.
75. Weber. Ueber Fettembolie des Gehirnes. Medizin. Klinik. 1913 r. № 21.
76. Vogt. Die Gefahr der Fettembolie bei gewissen Kniegelenksresectionen. Zentralbl. f. Chirur. 1883. № 24.

77*. Zenker. Beitrage z. normalen u. pathologischen Anatomie der Lungen 1862. Dresden. Ref. w Canstatts Jahresbericht. 1862. Tom 2.
78. Zwicke. Zwei Todesfalle durch Embolie d. Lungen. Deutsch. med. Wochensch. 1883. № 32.
79*. Zawadzki. Zator tłuszczowy po złamaniach kości. Przegląd lekarski. 1913. № 40.
80. Ziegler. Lehrbuch d. allgemeinen u. speziellen pathologische Anatomie.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Janeway. *Nowy sposób gastrostomii.*

Ideałem gastrostomii byłby sposób, tworzący szczelny kanał, zaopatrzony zwieraczem a dozwalający na wprowadzanie zgłębnika i nie mający tendencyi do zarastania (wysłany nabłonkiem). J. w sposobie przez siebie podanym a wzorowanym nieco na sposobie De Pagesa zbliżył się ku tym wszystkim zaletom. 3—4 cm. długie cięcie prowadzi nad górną częścią lewego mięśnia prostego, na tępo przechodzi przez mięsień, otwiera otrzewną, wyciąga cypel żołądka i w odległości 3 cm. zakłada na ścianę dwoje szczypczyków. Potem robi płat prostokątny ze ściany żołądka i z tegoż rurkę 4—5 cm. długą, którą umocowuje w skórze.

Sposób ten wypróbował J. w 5 przypadkach raka przełyku i przekonał się, że kanał domyka się znakomicie tak, że rurkę zakładać trzeba tylko do karmienia.

Operacya autora ma zalety następujące:

1) wykonać ją można prędko w znieczuleniu miejscowem;

2) kanał jest szczelny, nie ma nigdzie ziarninującej powierzchni, przez to nie sprawia choremu dolegliwości;

3) nie zużywa wiele ze ściany żołądka, kanał jest dobrze zaopatrzony w krew.

(Münch. med. Woch. № 31. 1913).

A. KLĘSK.

Bourne. *Dalsze losy gastroenterostomii we wrzodzie peptycznym.*

B. donosi o 92 przypadkach gastroenterostomii (następczo spostrzeganych 64). Wyniki stałe nie są tak dobre, jakby się zdawało. 4,4% chorych zmarło z czasem (prócz tego średnia

śmiertelność po operacyi 7,6%). Zaledwie 43,2% chorych czuje się zupełnie dobrze. W 38,8% operacya nie sprawiła żadnej poprawy.

Analiza głębsza wykazuje ciekawe szczegóły. I tak, wyniki stale są tem lepsze, im chorzy czuli ból dopiero dłuższy czas po jedzeniu; z tego też powodu przy wrzodzie dwunastnicy efekt jest największy. Dalej chorzy, mający zwiększoną kwasotę, czują się też po operacyi lepiej niż chorzy bez wzmożonej kwasoty. O wyniku operacyi decyduje drożność otworu połączenia. W razie gdy odźwiernik jest drożny, otwór łatwo zanika. Dlatego też przy wrzodach, umieszczonych w żołądku daleko od odźwiernika, gastroenterostomia nienawiele się przyda.

Z fizyologicznych powodów wskazane jest, by przy wybitnie wzmożonej kwasocie zakładać otwór na dno, a w zwężeniu odźwiernika na jamę odźwiernikową.

Przyczyny złego wyniku operacyi są następujące: 1) nawrót lub niegojenie się wrzodu z powodu powstania przyczyn, utrudniających gojenie; 2) zamknięcie się otworu operacyjnego; 3) złe leczenie następcze; 4) zakażenie z jamy ustnej; 5) wrzody następcze w żołądku lub w jelicie czczem; 6) zrosty; 7) utworzenie się raka.

Nie należy też we wrzodzie żołądka szablonowo wyrokować o operacyi, a zwłaszcza szablonowo operować.

(Br. Md. I. 8. II. 1913).

A. KLĘSK.

Jelke. *Śródotrzewnowe stosowanie kollargolu w rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej.*

Na mocy doświadczenia w szpitalu obwodowym w Bernburgu, J. zaleca środek powyższy w rozlanem ropnem zapaleniu otrzewnej. Wstrzykiwano kollargol strzykawką maciczną do jamy otrzewnowej we wszystkie zaułki w ilości 30—50 ccm. 2% rozczynu, ew. w razie wprowadzenia sączków płókano jeszcze potem jamę słabszymi rozczynami. Kollargol nie drażni błony surowiczej i ulega szybkiemu wessaniu.

(Münch. med. Woch. № 33. 1913).

A. KLĘSK.

Morestin. *W sprawie leczenia zapalenia otrzewnej eterem.*

M. stosuje w zapaleniu zakaźnem otrzewnej od 10 już lat z dobrym wynikiem podany przez Souligoux sposób leczenia tego cierpienia za pomocą wlewań i wymywań otrzewnej

eterem. Powikłań szkodliwych nigdy nie spostrzegano, a nieraz wynik jest bardzo dobry i szybki.

(Société de chir. 14. V. 1913).

A. KLĘSK

Ebeler. *W sprawie pobudzania ruchu robaczkowego jelit po laparotomiach.*

Pobudzanie ruchu robaczkowego po laparotomiach odgrywa bardzo wielką rolę w leczeniu i wynikach operacyi. Zalecano w tym celu różne sposoby. Z nowszych: ogrzewanie elektryczne, lawatywę elektryczną, a ze środków leczniczych—hormonal, peristaltynę i sennatinę. Hormonal jest środkiem niepewnym a nawet niebezpiecznym — powoduje zapady.

Peristaltyna (z Cascara Sagrada) działa już pewniej, natomiast bardzo dobrym środkiem jest sennatina. Przedewszystkiem jest to środek tani, może najtańszy ze znanych (wstrzyknięcie kosztuje 25 fenigów), działa pewnie i stosować go można zapobiegawczo i to najlepiej w postaci śródmięśniowych wstrzykiwań. Normalna dawka 2—3 gm. Ruchy robaczkowe zjawiają się w 4—6 godzin, wiatry wcześniej. Zwykle występuje tylko jeden stolec. W najnowszych czasach zalecają znowu w tym celu śródżylne wlewania pituitryny z solą kuchenną.

(Medizin. Klinik. № 37, 1913).

A. KLĘSK.

Payr. *W sprawie zapobiegania i leczenia zrostów otrzewnowych. (Napełnianie żelazem żołądka i jelit i elektromagnes).*

Sposób, po którym P. w przyszłości wiele spodziewa się, a obecnie dokonywa prób na zwierzętach, ew. już tu i ówdzie na ludziach, polega na tem, że przewód pokarmowy (ew. w miarę badania promieniami Roentgena pewną część tegoż) napełnia się tlenkiem żelaza (ferrum oxydulatum), a potem na dane miejsce stosuje bardzo silny elektromagnes, który unosi stożkowato jelito wraz z powłokami. W ten sposób P. ma nadzieję zapobiegać zrostom otrzewnowym, względnie łagodnie je rozciągać, dalej podnosić opuszczone narządy, leczyć zaparcie stolca, badać promieniami Roentgena (w razie zrostu odpowiedni odcinek wskutek pociągania staje się bolesnym), wreszcie—wpływać leczniczo na złe położenie jelita np, odkręcać zawęźlone pętle, wyciągać wgłobienie i t. p.

Sposób ten okazał się przedewszystkiem nieszkodliwym i dla badanych osobników nieuciążliwym.

(Münch. med. Woch. № 47. 1913).

A. KLĘSK.

Hofmann. *W sprawie operacyi ostrego zapalenia trzustki.*

Dotychczasowe sposoby operacyi w ostrem zapaleniu trzustki a polegające na nacięciu częściowo odsłoniętej trzustki uważa H. za niewystarczające, ponieważ nie usuwamy doszczętnie możności dalszego wchłaniania wytworów trujących.

W jednym przypadku autor zastosował z dobrym wynikiem, po poprzedniem zupełnem oddzieleniu przedniej torebki, poprzeczne przecięcie trzustki na granicy tej części, która uległa zgorzeli. W następstwie wydzielały się przez ranę strzępy zgorzelinowe, a przetoka trzustkowa zagoiła się w końcu sama. Zabieg ten H. poleca też nadal.

Co do rozpoznania, to pewną oznaką w tem cierpieniu jest ból opasujący, idący wzdłuż lewego łuku żebrowego (wzdłuż trzustki) aż do śledziony; występuje on zawsze niemal typowo.

(Münch. med. Woch. № 44. 1913).

A. KLĘSK.

Propping. *W sprawie rozpoznania i leczenia ropnia durowego śledziony.*

Jeszcze w r. 1898 Curschmann wątpił, by można leczyć chirurgicznie ropień durowy śledziony, a już w r. 1909 Melchior zebrał 17 podobnych przypadków i to leczonych bardzo pomyślnie, gdyż zaledwie jeden zmarł po operacyi.

Objawy zwykle są następujące: w przebiegu zdrowienia (albo podczas nawrotu, jak np. u autora), gdy gorączka nie spadła, nagle wśród niewyraźnych bólów w lewem podżebrzu zjawiają się—nowe powiększenia śledziony i nieregularne podniesienie ciepłoty. Miejscowe zmiany zależą od tego, czy ropień leży w górnej czy dolnej części śledziony. Dotąd nie operowano jeszcze ropnia, ograniczonego do samego miąższu śledziony, lecz zawsze w razie przejścia sprawy na otoczenie, co cechuje się wysokiem podniesieniem przepony, dającem się wykazać promieniami Roentgena, a od dołu wyczuwalnością guza.

Pewność rozpoznawczą daje nakłucie próbne, wykazujące nieraz ropę z krwią. Nierzadko przytem istnieje we krwi wybitna leukocytoza, co przy małej liczbie ciałek w durze rzuca się w oczy.

Operacyjnie dążyć możemy do ropnia drogą opłucnową lub otrzewnową.

Bessel-Hagen poleca usuwać przytem 10 żebro. Autor poszedł jeszcze drogą inną, mianowicie pośrednią pozaotrzewnową (pomiędzy środkową a przednią linią pachową na dolnym brzegu 11 żebra). Dochodzi się w ten sposób pod prze-

ponę, ale bez wycięcia żeber odpływ wydzieliny rany jest potem utrudniony.

Nieraz wikła chorobę lewostronne zapalenie surowicze opłucnej.

(Münch. med. Woch. № 25. 1911).

A. KLĘSK.

Friedrich. *Z greckich lazaretów wojennych w Salonikach i Atenach w końcu drugiej wojny bałkańskiej.*

Korzystając z feryi uniwersyteckich prof. Friedrich udał się na plac boju, by nabrać tam doświadczenia, to też uwagi jego dla chirurgii wojennej mają niezmierną wartość. Ogólne przygotowanie armii greckiej pod względem sanitarnym znalazł F. jako bardzo dobre. Obecnie przeważnie chirurdzy w szpitalach spostrzegają zranienia pociskami armatnimi. Na rany te patrony opatrunkowe są absolutnie niewystarczające, i dlatego F. proponuje, by co 5—10 żołnierz miał 3—5 razy większy patron, by ewentualnie można było opatrzyć jego lub kolegę w razie większej rany.

Odkażanie jodyną oddaje na placu boju wartościowe usługi, ale także nieraz powoduje bolesne wypryski. Znaczne usługi oddało na wojnie obecnej leczenie złamań wyciągiem plastrowym. Ciekawe są też spostrzeżenia F. co do podmiotowego uczucia zranionych. Wbrew dotychczasowym zapatrywaniom doszedł F. do przekonania, że rany postrzałowe nieraz sprawiają bardzo silne dolegliwości i dlatego należy na czołowych pozycyach być obficie zaopatrzonym w morfinę.

Postrzały czaszki stanowią bardzo częste uszkodzenia, bo niemal połowę innych. F. nie radzi postępować tutaj szablonowo (np. operować wszystkie postrzały t. zw. styczne), lecz indywidualizować. O ile postrzały brzucha i klatki piersiowej wymagają przedewszystkiem w pierwszych dniach czy godzinach ogromnego spokoju, to postrzały czaszki wymagają jaknajszybszego a najdelikatniejszego transportu do lazaretu, gdzieby chorzy mogli być każdej chwili operowani lub spokojnie spostrzegani dalej.

Często spotyka się poważne zmiany mózgowe mimo braku uszkodzeń kości (t. zw. Fernwirkung).

Bardzo smutny obraz przedstawiają chorzy z postrzałami rdzenia pacierzowego, a nawet nieraz i po laminektomii wiele spodziewać się nie można. Postrzały nerwów za to powinny być zawsze operowane i dają dobre wyniki operacyjne. Wyczekać należy termin 4—8 tygodni, i, gdy poprawa nie następuje, należy operować.

Postrzały klatki piersiowej goją się zwykle samoistnie bardzo dobrze, a nawet F. spostrzegał postrzał serca, który się wygoił. Wielką rolę w tych ostatnich zranieniach odgrywa swobodna komunikacya z jamą opłucnową, bo wtedy nie przychodzi do tak groźnej a znanej tamponady serca.

Krew z opłucnej aspirować należy tylko wtedy, gdy istnieją objawy uciskowe, gdy zaś ich niema, nawet wobec dużej ilości krwi, lepiej jest nie aspirować.

Smutny bywa los chorych po postrzałach brzucha, zwłaszcza dla tego, że nie mają oni zapewnionego po zranieniu potrzebnego spokoju, lecz są i to nieraz fatalnie i długo transportowani.

Nieraz postrzały wątroby i nerek goją się bardzo dobrze, ponieważ narządy te ulegają przestrzeleniu, a nie rozerwaniu.

W postrzałach kości kończyn wyciąg święcił tryumfy w ubiegłej wojnie, i plaster stał się obecnie być może potrzebniejszy od gipsu.

Również postępowanie o ile możności zachowawcze nawet w ropieniach oddaje nieraz znakomite usługi. Ciekawy fakt spostrzegano nieraz w postrzałach uda, mianowicie uporczywy wysięk w kolanie mimo zupełnego braku zranienia tego ostatniego.

W postrzałach wielkich kości, zwłaszcza udowej, należy przenosić chorych dopiero po 4 — 5 dniach, na co już Küttner zwrócił uwagę.

Tętniaki urazowe lepiej operować później, gdy ma się odpowiednie warunki i czas po temu.

Obecna wojna nauczyła chirurgów wiele i zmieniła pod wielu względami nasze dotychczasowe zapatrywania.

(Münch. med. Woch. № 45—47. 1913).

A. KLĘSK.

Taddei D. *O zespoleniu w wynicowaniu pęcherza moczowego moczowodów z kiszkę ślepą po wyłączeniu tejże i zespoleniu wyrostka robaczkowego ze ścianą brzucha.*

Podawano wiele sposobów postępowania w wynicowaniu pęcherza moczowego i po jego usunięciu.

Do pierwszej grupy należą sposoby autoplastyczne: Segonda, polegający na wszczepieniu do pęcherza poblizkiej tkanki; Rutkowskiego, Mikulicza — odcinków kiszki cienkiej, Mundła — pęcherza zwierząt, Gerdyego, polegający na rozcięciu i zeszyciu brzegów wynicowanego pęcherza; wszystkie te sposoby mają małe zastosowanie wobec takich wad, jak łatwość zakażenia, nietrzymanie moczu, zapalenia pęcherza i t. p.; mo-

gą one tylko zmniejszyć bóle dzięki usunięciu działania powietrza na pęcherz.

Do drugiej grupy należą sposoby, polegające na odcinaniu moczowodów tuż nad wejściem do pęcherza lub na wycinaniu całego trójkąta i wszywaniu do skóry lub pochwy; usuwają one bóle, pochodzące ze śluzówki pęcherza i ułatwiają stosowanie odpowiednich przyrządów, nie usuwają jednak innych dolegliwości i wobec tego są mało używane.

Do trzeciej grupy należą sposoby, polegające na skierowaniu moczu do kiszek; te sposoby są najlepsze, gdyż usuwają dolegliwości podmiotowe i czynnościowe.

Wszczepianie moczowodów do kiszek zaproponował w roku 1851 Simon i w 1852 Roux; pierwsze przypadki, gdzie je zastosowano, skończyły się niepomyślnie. Zaczęły się tedy prace doświadczalne: Gluck i Zeller, Bardenheuer opracowali sposób ten na zwierzętach; Novaro wykazał, że nabłonek odbytnicy znosi zetknięcie się z moczem, Boasi podał łatwy i szybki sposób zespolenia moczowodu z kiszką za pomocą specyalnego guzika. Maydl wszywał trójkąt pęcherza do kiszki grubej, Pozza — każdy moczowód oddzielnie do boków odbytnicy, Gersuny, a potem Subotin i Diakonow wytwarzali z odbytnicy dwa oddzielne zbiorniki — jeden dla moczu, drugi dla kału tak, żeby zwieracz służył dla obu zbiorników, — wszystkie te sposoby dawały wyniki czynnościowe bardzo dobre, czyniły jednak bardzo łatwem zakażenie moczowodów.

Zaproponowano więc wszywanie moczowodów do wyodrębnionej kiszki. Borelius i Dowden, Muscatello, Goldenberg zastosowali częściowe wyłączenie kiszki, t. j. przecinali ją i koniec doprowadzający zespalali z odprowadzającym poniżej miejsce przecięcia, pozostawał więc odcinek kiszki częściowo wyodrębniony, do którego wszywali moczowody; jednak i ten sposób nie zapobiegał zakażeniu moczowodów przez zawartość kiszki.

Zaczęto tedy zupełnie wyosabniać pewien odcinek kiszki, żeby z niego wytworzyć zbiornik dla moczu, nie mający połączenia z zawartością kiszek. Możliwości wykonania tego dowiedli na zwierzętach Poggi i Tizzoni, potem Mauclaire, stosowali go Giordano, Müller, Heitr-Boyer i Hovelacque, przytem ci ostatni starali się wyzyskać zwieracz, rozdzielając esicę i odbytnicę na dwie równoległe części, z których jedna była przeznaczona dla moczu, druga dla kału.

W roku 1908 Verhoogen po usunięciu pęcherza moczowego zastosował zabieg następujący: moczowody wszył do kiszki ślepej, tę ostatnią wyosobnił, kiszkę cienką zespolił z grubą i wyrostek robaczkowy zespolił ze ścianą brzucha. W obu przypadkach chorzy wkrótce zmarli.

W roku 1910 Taddei ogłosił wyniki doświadczeń swoich przy podobnem postępowaniu; wkrótce potem podał do wiadomości doświadczęnia swe na zwierzętach Bela von Rihmer. W tym samym roku ogłosił swój szczęśliwy przypadek Makkas; operował on w ten sposób, że na jednem posiedzeniu wyłączył kiszkę ślepą i zespolił wyrostek ze ścianą brzucha; od 10 go dnia po operacyi zaczął przemywać wyłączoną kiszkę ślepą; w miesiąc po pierwszej druga operacya, polegająca na usunięciu wynicowanego pęcherza i wszyciu do kiszki trójkąta pęcherza; do wyrostka wprowadzono na stałe cewnik. Nastąpiło wyleczenie; pacyentka wypuszczała mocz po odetkaniu cewnika; kiszka ślepa mogła pomieścić 300—325 cm.³ moczu.

Taddei na zasadzie doświadczeń swoich na zwłokach ludzkich i na zwierzętach daje następujące rady odnośnie zabiegu operacyjnego: operować dwuczasowo; w czasie pierwszej operacyi wydzielić kiszkę ślepą, zespolić końcowo-bocznie (albo bocznie-bocznie) kiszkę cienką z grubą, wyosobnić wyrostek i wszyć go do skóry. Wyrostek otworzyć można zaraz lub po 2—3 dniach. Następnie należy odkazić wyłączoną kiszkę ślepą przemywaniami jałowemi albo przeciwgnilnemi (najlepiej solami srebra: tachiolem, protargolem, kollargolem lub t. p.); przemywania należy wykonywać cewnikiem stożkowatym z oliwką lub cewnikiem Nélatona odpowiedniej grubości, wprowadzonym przez wyrostek. W czasie drugiej operacyi — wyciąć z pęcherza moczowego trójkąt sposobem Maydla, albo jeszcze lepiej sposobem Pozzy dwóch tarcz, obejmujących moczowody, po wprowadzeniu do tych ostatnich cewników moczowodowych; następnie odłuszczyć szeroko otrzewną ścienną w kierunku miednicy i prawej jamy biodrowej i pozaotrzewnowo przysunąć moczowody do kiszki slepej (łatwiej jest to uskutecznić po wprowadzeniu do kiszki cewnika). Dalej na dolnej lub wewnętrznej ścianie kiszki ślepej nacina się poprzecznie lub skośnie otrzewnę na długości 4 — 5 cm. i brzegi otrzewnej zszywa się ze ścianą kiszki; w to miejsce wszywa się trójkąt lub każdy moczowód oddzielnie, co najlepiej wykonać w sposób następujący: po przymocowaniu struną śluzówki pęcherza do cewnika moczowodowego robi się mały otwór w kiszce i przeprowadza się przez niego cewnik, wprowadzony przez wyrostek do kiszki; cewniki przywiązuje się jeden do drugiego jedwabiem i wyciąga się cewnik z wyrostka i tym samym wciąga się do kiszki cewnik moczowodowy, którego koniec wyprowadza się przez wyrostek nazewnątrz. Sterczące w otworze wyrostka oba cewniki moczowodowe pozostawia się na stałe na kilka dni, dopóki moczowody nie przyrosną do ściany kiszki. Można też przymocować paroma szwami moczowody do surowicówki

kiszki. Po umocowaniu moczowodów ścianę brzucha zaszywa się, pozostawiając sączek.

Odnośnie czynności nowego zbiornika moczu T. nie wypowiada swego zdania, gdyż doświadczenia na zwierzętach wobec znacznej różnicy anatomicznej kiszek ludzkich i zwierzęcych nie mogą być miarodajne i sprawę tę mogą rozstrzygnąć doświadczenia kliniczne. To samo można powiedzieć o wpływie moczu, znajdującego się w kiszce, na całość anatomiczną i działalność nerek. Jeżeli zgodnie z Petitem przyjąć, że przy zachowaniu zwieraczy moczowodowych niemożliwe jest dostawanie się moczu z pęcherza do nerek, niewątpliwe jest wg. Guyona, Albarrana, że przetrzymywanie moczu w pęcherzu może mieć dla nerek skutki niebezpieczne. Wobec tego Taddei radzi cewnikowanie nowego zbiornika moczu w pewnych odstępach czasu.

Odnośnie działania moczu na wydzieloną kiszkę, to badania histologiczne u psów wykazują, że śluzówka kiszki naogół dobrze znosi zetknięcie z moczem; przez pierwsze dni zjawia się tylko nieznaczne przekrwienie, czasem tylko spostrzegano na odcinkach kiszki zwyrodnienie i zniszczenie nabłonka oraz zmiejszenie liczby gruczołów. Taddei sam nie zauważył nigdy zwyrodnienia nabłonka ani zmiany nabłonka kiszkowego na pęcherzowy lub moczowodowy. Spostrzegał zaś stale rozszerzenie moczowodu, wszytego do kiszki, nie będące w zależności ani od zapalenia, ani od przetrzymywania moczu. Objaw ten można objaśnić zgodnie z Mirotworcewem przecięciem nerwów, idących od pęcherza do moczowodów. Autor ten zauważył, że po odcięciu u psa moczowodu od pęcherza w moczowodzie zjawia się wzmożony ruch robaczkowy, po pół godzinie ruch ten słabnie i po dwóch godzinach skórcze moczowodu ustają zupełnie.

Co się tyczy stosowania operacyi Taddei'a, to nadają się do tego zabiegu osobniki w odpowiednim wieku i z nieupośledzoną czynnością nerek. Wskazaniem głównem jest wynicowanie pęcherza moczowego, dalej—nowotwory złośliwe pęcherza pierwotne i wtórne, następnie gruźlica pęcherza w postaci uporczywej i bolesnej, którą wg. Legueu można wyleczyć przez wyłączenie pęcherza. Zabieg ten może być stosowany w niedających się usunąć przetokach pęcherzowopochwowych, dalej w nowotworach dobrotliwych, usadowionych w trójkącie i zamykających ujście moczowodów, a także w rozlanych brodawczakach, gdzie konieczne jest zupełne usunięcie pęcherza moczowego.

(*Revue de chirurgie. № 1. 1913*).

A. AMBROŻEWICZ.

Ewald. *Typowe uszkodzenie kłykcia wewnętrznego uda.*

Bardzo typowe jest uszkodzenie kłykcia wewnętrznego uda, powstające przez zbyt silne zgięcie kolana w sensie kolana koślawego przy równoczesnem skręceniu na zewnątrz nieco zgiętego podudzia. Objawy podmiotowe z początku są słabo zaznaczone, pacyenci oddają się dalej swemu zajęciu.

Z początku obraz rentgenowski jest ujemny, aż dopiero po upływie 3—4 tygodni wśród pogarszania się objawów, wysięku w kolanie i obrzęku, na rentgenogramie staje się widoczny wyraźny cień okolicy kłykcia wewnętrznego. Z czasem cień ten znika znowu, i objawy albo ustępują zupełnie, albo też pozostaje nadal w kolanie pewna sztywność i osłabienie.

Ten cień, zjawiający się z czasem, jako też stopniowo występujące zesztywnienie odnosi autor nie tyle do uszkodzenia kłykcia czy okostnej, ile do kostnienia mięśni, powstałego przez wylanie się płynu stawowngo do otoczenia, a płyn ten, jak wiadomo, często powoduje tworzenie się w tkankach istoty kostnej. Świadczy o tem powolne powstawanie cienia, niezależność tegoż od sąsiedniej kości i powolne pogarszanie się objawów.

W razie trwałych i znacznych zmian nie pozostaje nic innego, jak usunąć operacyjnie tę nowowytworzoną tkankę kostną.

(Münch. med. Woch. № 30. 1913).

A. KLĘSK

Schöne. *W sprawie leczenia złamań przedramienia zbijaniem.*

Złamania przedramienia wymagają bardzo często zabiegów krwawych. Szew kostny jako też zbijanie miejsca złamania zwykle używanymi szyftami nie dają pewnych wyników, i dlatego S. podaje sposób, który oddał mu nieraz bardzo dobre usługi. Mianowicie trepanuje on kość po za miejscem złamania i przez otwór ten wprowadza do kanału szpikowego mocny srebrny drut, który z pomocą odpowiedniego narzędzia przeprowadza aż do odłama obwodowego. W razie złamania zadawnionego — przedtem zeskrobuje kostninę z miejsca złamania, ponieważ przeszkadzałaby ona wprowadzeniu druta. Drut wgaja się bardzo dobrze.

Operacyę całą wykonać można w znieczuleniu splotowem. Lepiej brać drut kańciasty niż okrągły, ponieważ pierwszy zapobiega zboczeniom pod względem skręcania się odłamów.

S. dotąd stosował leczenie powyższe 4 razy w złamaniu kości łokciowej lub szprychowej i 2 razy w złamaniu obu kości i to z wynikiem dobrym.

(Münch. med. Woch. № 42. 1913).

A. KLĘSK.

Brandes. *Leczenie wielkich braków piszczeli przeszczepianiem.*

Pokrywanie znacznych braków piszczeli nie jest rzeczą łatwą, zwłaszcza np. po zapaleniu szpiku kostnego, gdzie kości wogóle jest mało, a tkanki sąsiednie są zbliznowaciałe. Tu luźne przeszczepianie daje też z tego powodu bardzo złe wyniki, natomiast bardzo polecenia godne jest uzupełnianie piszczeli strzałką tej samej strony i to nietylko, jak radzi Hahn, przez wszczepienie strzałki od góry, ale i od dołu przy zachowaniu kostki zewnętrznej. Strzałka grubieje w następstwie i daje wcale dobrą podporę kończynie.

Zabieg ten jest łatwy i prosty, materyał zawsze jest pod ręką, tak że można w ten sposób pokrywać i największe braki piszczeli.

Odżywianie wszczepionego kawałka jest doskonałe, więc i wynik pewny.

(Medizin. Klinik. № 37. 1913).

A KLĘSK.

Peltesohn. *O leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa podług Abbotta.*

O leczeniu skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta wyraża się autor bardzo oględnie, nie odmawiając mu jednak zalet. Sposób ten nie nadaje się do szablonowego stosowania, gdyż po pierwsze nie należy go stosować u dzieci źle odżywionych, a dalej w przypadkach skrzywień licznych lub garbów ostrych. Bezwarunkowo jednak nieraz w okresie drugim a nawet trzecim prowadzi do celu i to rychlej niż wszystkie inne znane dotąd sposoby, a nawet pomaga tam, gdzie dotąd leczenie inne zawodziło.

Ilustracye odtwarzają dokładnie całe postępowanie, a więc nakładanie gorsetu w ramie, opatrunek gipsowy w położeniu przeciwnem, wycięcie okna w gorsecie, wciskanie filcu i t. p. Czy leczenie to będzie trwałe, okaże przyszłość. Abbott ma już pacyentów wyleczonych od 9 lat. Niezmiernie ważne jest leczenie następcze w gorsecie do zdejmowania, a także leczenie stanu ogólnego i ew. zmian w układzie kostnym.

Niesłusznie postępują jednak ci, którzy leczenie to odrzucają a limine.

(Medizin. Klinik. № 36. 1913).

A. KLĘSK.

Bardenheuer. *Myotomia i myorraphia.*

W przykurczeniu niedokrwionem wykonywa B. przecięcie poprzeczne zwyrodniałych mięśni, mianowicie zginaczy z ewentualnem przedłużeniem prostowników.

W trudnym szwie ścięgna wskazane jest przedłużenie odpowiedniego mięśnia. Dalej myotomia wskazana jest w spastycznem dziecięcem porażeniu połowiczem. Wycięcie zaś mięśni dokonywa w operacyach na kończynach skracających długość tychże np. po wycięciach stawów, ciągłości kości i t. p.

(Deutsch. Zeit. f. Chirurg. 100).

A. KLĘSK.

de Quervain. *O istocie i leczeniu zwężającego zapalenia pochewki ścięgnistej przy wyrostku rylcowatym kości promieniowej.*

Na cierpienie to dość częste i typowe autor zwrócił uwagę jeszcze w roku 1895, potem analogiczne sprawy opisali Kocher, Welti, Marion i Poulsen. Występuje ono zwykle u kobiet po forsownej pracy (pranie, gra na fortepianie, roboty) i cechuje się silnymi bólami przy ruchach palucha, rozpromieniającemi się w przedramię. Nieraz ból jest tak silny, że chore upuszczają przedmiot trzymany w palcach. Badanie wykazuje conajwyżej zgrubienie przedziałki ścięgien nad końcem kości promieniowej. Leczenie jedynie w przypadkach cięższych— operacyjne. Zabieg (w znieczuleniu) polega na prostem przecięciu pochewek, które uciskają wybitnie ścięgna i powodują objawy przytoczone. Doskonale widać po przecięciu „pęcznienie“ ścięgien i dolegliwości ustępują niezwłocznie. Przecięcia można dokonać i podskórnie tenotomem.

W początkach choroby można próbować leczenia zachowawczego np. stosowania miejscowo jodu, gorącego powietrza i t. p.

Q. operował 8 przypadków i otrzymał wyniki dobre.

(Münch. med. Woch. № 1. 1912).

A. KLĘSK.

Oser. *Leczenie zapalenia pochewki ścięgna z trzeszczeniem fibrolizyną.*

O. zaleca bardzo na mocy 20 spostrzeżeń leczenie zapalenia pochewki ścięgna z trzeszczeniem śródmięśniowemi wstrzykiwaniami fibrolizyny. Zwykle wystarcza jedno wstrzyknięcie i cierpienie ustępuje po upływie 3—4 dni. Wstrzykiwania te jednak są w przeciągu 1—2 godzin bardzo bolesne.

(Wiener klin. Woch. № 44. 1911).

A. KLĘSK

Kimura. *O szwie ścięgien.*

K. badał różne sposoby szycia ścięgna co do ich znaczenia pod względem ścisłości i wytrzymałości. Obciążał więc zeszyte ścięgna aż do zerwania się ich. Szył sposobami Wölflera, Haeglera, Trnki, Schüsslera, Langego, Dreyera, Wilmsa i Frischa.

Największe obciążenie wytrzymał szew Frischa, potem Wilmsa, Dreyera, Langego i Schüsslera. Inaczej zaś rzecz przedstawia się co do przylegania końców w obciążaniu: najbardziej rozchodzi się szew Langego, najmniej Wilmsa. Z doświadczeń swych doszedł autor do przekonania, że po zeszyciu ścięgna należy dozwolić zaraz na ruchy i nie obawiać się przerwania miejsca zeszytego, wczesne zaś ruchy zapobiegają skutecznie zrostom, tworzącym się rychło.

(Münch. med. Woch. № 5. 1912).

A. KLĘSK.

Eden. *W sprawie leczenia zwichnięć mięśni strzałkowych.*

Zwichnięcia ścięgien mięśni strzałkowych powstają nierzadko podczas skoku na stopy, jeżeli przytem noga się podwinie. Mogą one także powstać u osób do tego skłonnych w tańcu, sportach i t. p. Przyczyną powstawania tego zwichnięcia jest zbyt płaska rynienka na kostce względnie zbyt słabe troczki (retínacula), rzadko przyczyna leży tu w ścięgnie samem. Rzadko zwichnięcie jest wadą wrodzoną.

Zależnie od przyczyny leczenie może być też różne. Więc zszywa się torebkę zerwaną, pogłębia rynienkę, względnie wytwarza nowy tunel z okolicznych tkanek jak np. z powięzi, okostnej (König, Mauclaire) i t. p.

E. opisuje sposób, zastosowany z korzyścią w pewnym przypadku przewlekłym przez Lexera. Otóż L. po pogłębieniu rynienki na kostce, prócz tego jeszcze w ten sposób umocował ścięgno mięśnia strzałkowego, że przedziurawił kostkę i w otwór ten wprowadził pętlę, zrobioną ze ścięgna m. dłoniowego długiego, w pętli zaś tej ułożył skłonne do zwichnięć ścięgno. Wynik otrzymano dobry i stały.

(Münch. med. Woch. № 12. 1912).

A. KLĘSK.

Holländer. *Tętniak aorty brzusznej, pęknięcie podczas fotografii rentgenowskiej.*

40-letni pacyent przysłany został H. do natychmiastowej operacyi z rozpoznaniem lewostronnej kamicy nerkowej. Lekarz

na płycie miał dokładnie podobno widzieć dwa cienie od kamieni. H. przy badaniu znalazł rzeczywiście objawy łudząco podobne do objawów kamicy: domieszkę krwi w moczu, bóle kolkowe nerki lewej, której wymacanie z powodu silnego napięcia było niemożliwe.

Dla pewności polecił H. zrobić jeszcze jedno zdjęcie z blendą uciskową. Zdjęcie to wykazało także cienie podobne do kamieni. Wśród zdjęcia chory skarżył się na bóle i dostał zapaści. Na drugi dzień operacya wykazała tętniak aorty brzusznej świeżo pęknięty wskutek ucisku podczas fotografii. Po uwolnieniu nerki zaszycie rany.

Mimo wszystko po 14 dniach pacyent poprawił się, a badanie promieniami Roentgena wykazało bardzo pięknie tętniak.

Niestety w kilka dni potem tętniak pękł do opłucnej i jamy brzusznej, powodując śmierć.

Przypadek ten dowodzi, by przed fotografią uciskową zawsze badać pacyenta szczegółowo na ekranie, a przez to uniknie się nieraz podobnych niemiłych niespodzianek.

(Berl. tow. chirurg. VII. 1913).

A. KLĘSK.

Mayer. *Leczenie suchot z jamami zewnątrz- i wewnątrzopłucnowemi obluźnieniem płuca (pneumolysis).*

Leczenie gruźlicy płuc odmą piersiową napotykać może na przeszkody z powodu zrostów, przytem posiada tę wadę, że często mimo wytworzenia nawet dużej odmy jamy w szczytach nie ulegają naciskowi albo z powodu niepodatnych ścian, albo pasem łącznotkankowych. O ile dobrze uciskająca odma jest zbawienna, o tyle znów niedokładny ucisk płuca bardzo może być szkodliwy, zwłaszcza jeżeli uciśnięte zostają zdrowe odcinki płuc, a chore — od tego ucisku są wolne. W przypadkach też takich lepiej zamiast odmy próbować t. zw. pneumolizy, zwłaszcza jeżeli możemy dokładnie i ściśle oznaczyć położenie jamy. Technika operacyi jest prosta: wycinamy w najbliższem otoczeniu jamy żebro na długości 6 cm., poczem ręcznie odsuwamy opłucną ścienną od powięzi wewnątrzpiersiowej, otwieramy worek opłucnowy i ostrożnie zgłębnikiem uwalniamy zrosty śródopłucnowe.

Wszelkie plomby są tu zupełnie zbyteczne, tak samo dobrze zastąpi je następcze napełnienie powstałej jamy azotem w pewien czas po operacyi, płuco bowiem po obluźnieniu dopiero po 2 — 3 tygodniach zaczyna rozdymać się. Plomby zaś są wprost szkodliwe i nieraz wywołują odleżynę płuca.

Przy oddzielaniu opłucnej należy przytem się upewnić,

czy jama nie leży zbyt powierzchowie i czy nie posiada zbyt cienkiej ściany. Wiele pouczyć nas może o tem opukiwanie a zwłaszcza stereoskopowe zdjęcie rentgenowskie, wykonane w kilku kierunkach.

(Deut. med. Woch. № 48. 1913).

A. KLĘSK.

Fritsch. *Doświadczenia nad leczeniem promieniami Röntgena gruczołów szyjnych gruźliczych.*

Leczenie gruczołów szyjnych gruźliczych promieniami Röntgena wcale niesłusznie jest dotąd tak mało stosowane. Autor na mocy swego doświadczenia zachęca bardzo do tego leczenia, które jakkolwiek niekiedy trwa długo, gdyż i pół roku, ale nieraz za to daje znakomite wyniki lub choćby wybitne poprawy; unika przytem blizny, uszkodzeń i nie odrywa chorego od jego zajęcia.

Najlepiej do leczenia nadają się początkowe gruczoły twarde. Tu jedne od drugich rychło zaczynają się gruczoły wyosabniać a w końcu znikają, zostawiając mały twardy po sobie powrózek.

Gorzej już działają promienie w razie nacieku około gruczołów a stosunkowo najmniej w postaci przetokowej i owrzodzeniach skóry, choć i tu nieraz osiągnąć można wybitne poprawy a nawet wyleczenia.

Naświetlać należy prócz samych gruczołów i sąsiednie okolice. F. używa twardych lamp, odległość ogniskowa 20—30 cm. i o ile możności stosuje maksymalną dawkę na raz, a co najwyżej w 2 — 3 posiedzeniach dzień po dniu. Przy przetokach $^2/_3$ dawki. Po 3—4 tygodniach ponawia dawkę. Czasem należy urządzić 3 — 4 takich posiedzeń co 3 — 4 tygodnie, a potem po wyleczeniu zapobiegawczo jeszcze — 2—3 naświetlań.

(Münch. med. Woch. № 47. 1913).

A. KLĘSK.

Müller. *Nowe szczypce do chwytaniu.*

Dotychczas używane szczypce do chwytania tkanek i trzymania, względnie wyciągania tychże, mają te wady, że albo się ześlizgują (Luer, Mainzer, Prüssman) lub też chwytają zbyt brutalnie i rozrywają tkanki (Nyström, Reverdin, Muzeux, Kocher).

Szczypce autora nie posiadają tych wad, bo trzymają tkanki silnie i nie uszkadzają tychże, a to dlatego, że składają się na końcu z dwóch pustych łyżek, opatrzonych na krawędzi tępymi zębami (na wzór kleszczów żołądkowych Payra).

Szczypce te nadają się też znakomicie do chwytania wola, torbieli, pęcherza żółciowego, guzów, macicy a nawet nerki.

(Münch. med. Woch. № 42. 1913).

A. KLĘSK.

Leschke. *Trójgraniec z bocznymi otworami.*

Przy nakłuciach brzucha nieraz koniec trójgrańca zatyka się siecią lub skrzepami albo pętlą jelita. Zapobiega temu trójgraniec, podany przez autora z bocznymi otworami na końcu. Wskutek tego trójgraniec taki może mieć także znacznie mniejszy kaliber, ponieważ płyn odpływa z niego zawsze swobodnie dużym strumieniem. Wreszcie można przez taki trójgraniec zastosować i aspiracyę.

(Münch. med. Woch. № 47. 1913).

A. KLĘSK.

Bachem. *Trwały środek, zastępujący nalewkę jodową w stałej postaci.*

Wobec powszechnego obecnie użycia jodu do odkażania skóry, potrzebny jest bardzo środek, któryby dozwalał sporządzać zawsze świeże i pewne rozczyny jodu do odkażenia skóry, np. na wojnie, w domu chorego i t. p., zwłaszcza, że jodyna ma też wady — rozkłada się i drażni silnie, niszczy opakowania i t. p.

Rozczyn taki przygotować można bardzo łatwo z tabletek, które podaje autor.

Jedna tabletka zawiera głównie jodek sodowy i azotan sodowy, a druga kwas winny. Tabletki rozpuszcza się w wodzie, przytem wydobywa się do rozczynu jod in statu nascendi i pozostaje w rozczynie reszty jodku sodowego.

Rozczyn ten nadaje się bardzo dobrze do odkażania skóry, którą przedtem można jeszcze wymyć alkoholem.

A. KLĘSK.

Dieterle-Hirschfeld-Klinger. *Studya nad wolem endemicznem.*

Autorowie w swych skrupulatnych badaniach starali się rozwiązać stanowczo pytanie, czy i jaki istnieje związek pomiędzy wolem a pewnemi geologicznemi formacyami, na które tak wielką uwagę swego czasu zwrócił Bircher. Zwlaszcza przeprowadzali badania w miejscowościach t. zw. wolowych, gdzie woda miała wywoływać wole. Otóż przekonali się, że zależność ta od formacyi geologicznych jest zupełnie złudna, a wiele

dotychczasowych w tym względzie twierdzeń jest fałszywych, np. wprowadzenie wody wodociągowej nie usunęło w zupełności wola, lecz stało się ono rzadsze (lepsze warunki hygieniczne), podobnie jak i w gminach, gdzie wodociągów i dobrej wody niema, lecz warunki inne też poprawiły się.

Również i pojenie szczurów wodą wykazało bezpodstawność teoryi „geologicznej“, bo w okolicach wolowych udaje się ono bardzo często i bez podawania wody, względnie przy podawaniu wody „dobrej“.

Chodzi tu więc o jakiś inny, nieznany nam bliżej czynnik, może zakaźny, który powoduje powstawanie wola. Nie da się wyłączyć, że przenosić się on może i drogą wody do picia, nie chodzi tu jednak wcale o związek z formacyami geologicznemi.

(Münch. med. Woch. № 33. 1913).

A. KLĘSK.

Straub. *O niebezpieczeństwie kombinacyi morfiny z ogólnem uśpieniem i środkami nasennymi.*

Kombinacya morfiny z powyższymi środkami może czasem mieć bardzo zgubny wpływ, jak to wykazał Straub doświadczalnie, potęguje się tu bowiem złe działanie morfiny zwłaszcza na oddech, jeżeli stosujemy prócz morfiny drugi narkotyk, również na oddech źle działający. Z tego powodu nie powinno się morfiny kombinować z chloroformem, lecz jedynie z eterem, podobnie niedozwolona jest kombinacya morfiny z weronalem.

U dzieci lepiej wogóle zaniechać kombinacyjnego podawania morfiny.

Przy oligopnoe lepiej od sztucznego oddechu działa nieraz atropina, znosząc działanie na nerw błędny.

(Münch. med. Woch. № 33. 1913).

A. KLĘSK.

Schnaudigel. *Uszkodzenia rogówki po uśpieniach.*

Autor jako okulista przestrzega przed brutalnem a stosowanem nieraz w uśpieniach dotykaniem rogówki palcem celem badania głębokości uśpienia. Powstać mogą przez to poważne uszkodzenia rogówki, a nawet wrzód, z tegoż ewentualnemi następstwami.

Badać stan uśpienia można też bardzo dobrze, dotykając palcem spojówki twardówkowej. Nigdy nie należy dotykać rogówki i to co chwila w częściach środkowych, a jest to poprostu błędem czynić tak u pacyenta, mającego jedno oko.

(Münch. med. Woch. № 29. 1913).

A. KLĘSK.

Stoffel. *Nowe dane w sprawie istoty rwy kulszowej i nowe drogi do operacyjnego leczenia tego cierpienia.*

Stoffel, znany ze swych prac nad szczegółową anatomią pni i włókien nerwowych, zwraca uwagę w niniejszej pracy na to, że nasze dotychczasowe mechaniczne i chirurgiczne sposoby leczenia rwy kulszowej są nieracyonalne, traktują bowiem nerw kulszowy jako całość i jako czysty nerw czuciowy.

Tymczasem nerw ten jest mieszany, a prócz tego nie cały zwykle ulega schorzeniu, lecz tylko pewne jego gałązki i najracyonalniejszym też sposobem leczenia jest sposób autora, polegający na wyszukaniu i zniszczeniu odpowiednich pęczków nerwowych, przez co usuwa się cierpienie i dolegliwości odrazu i na stałe, nie szkodząc reszcie istoty nerwowej.

Naturalnie znać trzeba do tego dokładnie topografię przekroju nerwu, by odpowiednie drogi znaleźć.

Opis i ryciny przypadku zoperowanego tym sposobem z dobrym wynikiem.

(Münch. med. Woch. № 25. 1913).

A. KLĘSK.

Stein. *Kosmetyczne poprawienie porażenia nerwu twarzowego z pomocą wolnej plastyki powięzi.*

W porażeniu nerwu twarzowego operacye, łączące nerwy, zawiodły oczekiwania i najlepsze jeszcze wyniki osiąga się przez mechaniczne podniesienie kąta ust z pomocą mięśni lub lepiej druta (sposób Buscha), zaczepionego o łuk jarzmowy. Drut ten jednak drażni tkanki i może się z czasem złamać, dlatego Stein w jednym przypadku zamiast druta użył jako pętli, podnoszącej kąt ust, paska $^1/_2$ cm. szerokiego, wziętego z powięzi szerokiej uda.

Aby zaś pasek miał trwałe oparcie w kącie ust, wstrzyknął tamże S. na 3 tygodnie przedtem parafinę, co okazało się o wiele lepsze od poleconego przez Momburga wprowadzenia pętli druta lub wstrzykiwania alkoholu.

Wynik operacyi (naturalnie przy spokoju twarzy) bardzo dobry, blizny są niewidoczne.

(Münch. med. Woch. № 25. 1913).

A. KLĘSK.

Hohmann. *Moje doświadczenia z operacyą Stoffela w porażeniach spastycznych.*

H. wykonał operacyę Stoffela z bardzo dobrym wynikiem dwa razy na nerwie piszczelowym pod kolanem z powodu stopy końskiej, a raz poza kostką wewnętrzną z powodu stopy łuko-

watej; dwa razy na n. pośrodkowym powyżej zgięcia łokciowego z powodu przykurczenia ręki, raz na tymże nerwie powyżej stawu garstkowego z powodu przykurczenia palucha, dwa razy na n. zasłonowym z powodu przykurczenia przywodzącego uda. Wyniki były bardzo dobre i trwałe, i nie można ich równać z przecinaniem i przeszczepianiem ścięgien, te bowiem operacye często dają wynik tylko chwilowy: po pierwsze nie wracają one równowagi mięśniom, a powtóre nie mamy kryteryum dawkowania operacyi.

Dwa razy zjawiły się po zabiegu po pewnym czasie bóle neuralgiczne, ale rychło ustąpiły.

Należy niezbyt śpieszyć się z usuwaniem szwów i ruchami (2 — $2^1/_2$ tygodni odczekać). Do operacyi nadają się przedewszystkiem przypadki choroby Little'a, porażenia spastyczne połowicze dzieci i po udarach mózgowych u starszych.

Przeciwwskazania są następujące: pląsawicowe ruchy, wodogłowie, idyotyzm.

Operacya Stoffela jest bardzo polecenia godna i operacyę Förstera przewyższa brakiem niebezpieczeństwa dla chorych.

(Münch. med. Woch. № 25. 1913).

A. KLĘSK.

Leugnick. *Przyczynek do operacyi wypadania kiszki stolcowej u dzieci.*

Ze sposobów leczenia wypadania kiszki stolcowej u dzieci największe zastosowanie znalazło przypalanie błony śluzowej i pierścień Thierscha. Niestety i te sposoby posiadają wady. Pierwszy, stosowany zbyt silnie, powodować może zwężenia kiszki stolcowej, drugi zaś nieraz powoduje tak silne przypadłości i bóle, że rodzice zgłaszają się po kilku dniach z prośbą o usunięcie drutu.

Z tego też powodu Leugnick zmodyfikował nieco sposób Thierscha i kombinuje go z przypaleniem, a to w ten sposób, że najpierw w kierunku promienistym przypala tylko błonę śluzową, potem z powięzi szerokiej uda zabiera pasek $^1/_2$ cm. szeroki i 10 cm. długi, nawleka go na zakrzywioną igłę i wszywa na wzór drutu naokoło otworu stolcowego. Pasek ten spełnia zupełnie czynność druta, wgaja się bardzo dobrze, a nie sprawia dziecku dolegliwości. Sposób to prosty i łatwy, a nawet, gdyby się nie udał, nie przeszkadza on dalszym, bardziej złożonym sposobom operowania.

(Münch. med. Woch. № 43. 1913).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 12 czerwca 1913 r.

1. *Wertheim.* Przedstawienie chorego po połączeniu nerwu twarzowego z nerwem podjęzykowym.
2. *Szteyner.* Pokaz kamienia, wydobytego z miedniczki nerkowej.
3. *Jankowski.* O wyłączaniu odźwiernika.
4. *Sławiński.* Przedstawienie 2-ch chorych po przeszczepieniu im owodni na istniejące braki skóry.
5. *Krauze.* Pokaz preparatu nowotworu okrężnicy.
6. *Kalinowski.* Pokaz preparatu bąblowca wątroby.
7. *Hellin D.* Pokaz psa z obustronną odmą piersiową.

1. *Wertheim* przedstawił chorego, u którego w lutym 1909 r. z powodu całkowitego pooperacyjnego trwającego rok porażenia lewego nerwu twarzowego wykonał połączenie obwodowego kikuta przeciętego nerwu twarzowego z kikutem, wykrajanym z nerwu podjęzykowego. Poprawa następowała stopniowo, a w chwili obecnej znikła asymetrya twarzy w spokoju, ustąpił lagophthalmus, chory porusza kątem ust, domyka powieki. Nastąpiła też wybitna poprawa odczynu elektrycznego. Uderzające są w przypadku tym współruchy terytoryów, zasilanych przez nerw twarzowy i podjęzykowy. Szczegóły, dotyczące wyboru metody operacyjnej, wskazań i samej techniki operacyjnej, oraz dokładna historya choroby zostaną wydrukowane w odnośnej pracy, która ukaże się w Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym.

2. *Szteyner* przedstawił dość duży kamień, wydobyty z nerki za pomocą operacyi cięcia miedniczki z następnem zeszyciem. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost. Rozpoznano na zasadzie objawów typowych i rentgenogramu.

3. *Jankowski.* O wyłączaniu odźwiernika. J. omawia trzy przypadki zespolenia żołądka z jelitem, w których wykonał wyłączenie odźwiernika.

Przypadki dotyczyły 2-ch kobiet, 44 i 52-letniej, tudzież mężczyzny 23-letniego. Wskazanie — zwężenie odźwiernika bliznowe na tle wrzodu okrągłego; u kobiet istniały ponadto objawy opuszczenia się żołądka. Zespolenie wykonane zostało według metody Hackera-Petersena. Przebieg pooperacyjny gładki. We wszystkich przypadkach ustąpienie objawów podmiotowych: bólów, wymiotów, krwawienia; przedmiotowych: zmiany w chemizmie żołądka tudzież wybitna poprawa stanu ogólnego. J. zaleca dołączanie wyłączania odźwiernika do każdego zespolenia żołądka z jelitem, zarówno bowiem spostzeżenia kliniczne kilku lat ostatnich, jak i badania doświadczalne przemawiają w tym sensie, że po zespoleniu żołądka z jelitem, wykonanem wobec odźwiernika drożnego, pokarm nie idzie przez zespolenie, lecz po dawnemu — przez odźwiernik; w następstwie tego zespolenie rychło zarasta zupełnie i objawy chorobowe powracają.

W przypadkach omawianych J. zamykał odźwiernik przewiązaniem go grubą nitką jedwabną, przestrzegając przed zanadto mocnem zaciskaniem takowej, poczem miejsce przewiązane obszywał struną. Sposób ten jest, zdaniem J., najbardziej odpowiedni ze względu na łatwość techniczną i szybkość wykonania, aczkolwiek opisywane są przypadki, w których drożność odźwiernika skutkiem przerżnięcia przewiązki po pewnym czasie powracała. Klasyczny sposób Eiselsberga, aczkolwiek bezwzględnie radykalny, zabiera bardzo wiele czasu.

J. przedstawia również odnośne rentgenogramy, wykonane przez d-ra Skabowskiego przed zabiegami operacyjnymi i po nich. Wykazują one: 1) zamknięcie zupełne światła odźwiernika, 2) znaczne zmniejszenie rozmiarów żołądka, wreszcie 3) należytą sprawność czynnościową zespolenia.

Kryński. Poruszył kol. Jankowski w przemówieniu swem kwestyę w dzisiejszej chirurgii starą, lecz w nowej odświeżonej postaci — sprawę gastroenterostomii w przypadkach wrzodu okrągłego odźwiernika i dwunastnicy. Zabieg ten stosujemy bardzo często i w większości przypadków wrzodu otrzymujemy wyniki dodatnie; jest jednak pewna ich liczba, gdzie operacya korzyści nie przynosi—i objawy chorobowe pozostają bez zmiany, lub nawet potęgują się. W ostatnich dopiero latach, opierając się na ogromnym materyale operacyjnym i przy pomocy kontroli wyniku operacyjnego promieniami X, mogliśmy dość do właściwej oceny wartości naszego postępowania i zrozumieć przyczynę owych niepowodzeń. Okazało się mianowicie, iż wynik operacyi t. j. dobre funkcyonowanie wytworzonej przetoki żołądkowojelitowej zależy przedewszystkiem od stanu światła odźwiernika: im więcej jest ono zwężone, im mniej przeto drożne dla masy pokarmowej, tem wynik jest lepszy, albowiem masa ta kieruje się przez nowoutworzony otwór do jelita, co właśnie stanowi zadanie naszego zabiegu. Przeciwnie zaś—w razie normalnej szerokości odźwiernika — masa pokarmowa kieruje się przezeń do jelit, omijając wytworzoną przetokę żołądkowojelitową, której otwór ulega stopniowo zwężeniu a nawet zupełnemu zamknięciu. Rzecz prosta, operacya pozostaje w takich razach bez efektu, albowiem pokarm w dalszym ciągu drażni owrzodziałą błonę śluzową, wywołuje bóle i krwawienia.

Stąd wynikło wskazanie do sztucznego zamknięcia światła odźwiernika przy gastroenterostomii w tych wszystkich przypadkach, gdzie jest ono drożne zarówno we wrzodzie odźwiernika i dwunastnicy, jak i w nowotworach.

Postępowanie to wykonywa się rozmaicie. Kol. J. użył sposobu najprostszego, polegającego na zaciśnięciu części odźwiernikowej podwiązką jedwabną, ponad którą zeszywa się jeszcze otrzewną—i wynik otrzymał zupełnie dobry w operowanych przypadkach. Sposób ten, zalecający się łatwością i prostotą, rzeczywiście bywa często wystarczający i daje wynik trwały. Do jego stron ujemnych należą silne bóle, jakie powoduje ucisk podwiązki na ścianę żołądka, lecz, co ważniejsza, znane są przypadki (Bier), w których podwiązka przerżnęła ścianę żołądka i wpadła do jego światła, poczem nastąpiło restitutio ad integrum i ponowna drożność odźwiernika. Lepiej przeto przed zaciśnięciem zmiażdżyć ścianę powyżej miejsca wrzodu miażdżem Doyena, i dopiero to miejsce zacisnąć podwiązką. Najpewniejsze i najradykalniejsze jest postępowanie Eiselsberga — wyłączenie odźwiernika, polegające—jak wiemy—na przecięciu poprzecznem ścian odźwiernika wzgl. dwunastnicy i zaszyciu każdego z przeciętych końców. Jednakże to przedłuża znacznie operacyę, niechętnie przeto bywa stosowane przez chirurgów. O innych sposobach wspomniał kol. Jankowski.

Zasługuje jeszcze na uwagę pomysł Girarda, który postępuje tu wprost odwrotnie, jak Reinecke-Mikulicz w pyloroplastyce: robi on w okolicy odźwiernikowej nacięcie poprzeczne od krzywizny małej ku wielkiej tylko przez błonę surowiczą i mięśniową i, rozciągnąwszy je w kierunku poprzecznym, zeszywa poprzecznie, przez co bardzo zwęża światło odźwiernika.

Czy wybierzemy tę, czy inną drogę postępowania, powinniśmy przyjąć za zasadę, aby we wszystkich przypadkach wrzodu odźwiernika lub dwunastnicy, gdzie nie znajdziemy bliznowego zwężenia odźwiernika, lecz światło wymiarów normalnych — do zabiegu gastroenterostomii dodawać zawsze zaciśnięcie wzgl. wykluczenie odźwiernika. W ten tylko sposób zapobiegniemy nieskuteczności zabiegu operacyjnego, tak przykrej zarówno dla chorego, jak i chirurga, i będziemy mogli liczyć na trwałość wyniku leczniczego.

Leśniowski na mocy swego doświadczenia twierdzi, że samo zespolenie żołądka z jelitem daje dobre wyniki tam, gdzie odźwiernik już samoistnie zwęził się w znacznym stopniu; gdzie zaś bywa tylko spazm odźwiernika, tam po zespoleniu znów następują bóle. Wykonując wyłączenie odźwiernika, należy wyłączać całą część chorą. Ostateczne wyłączanie odźwiernika jest niedobre, a tylko czasowe ma racyę bytu.

Skabowski przedstawia rentgenogram, zdjęty po dokonaniu samego tylko zespolenia żołądka z jelitem; sztuczne połączenie zarosło zupełnie.

Czarkowski twierdzi, że samo przewiązanie odźwiernika powoduje tylko czasową jego niedrożność.

Kryński wbrew przemówieniu Leśniowskiego stwierdza stanowczo, że idzie o faktyczne wywołanie zamknięcia odźwiernika na stałe i dlatego należy go miażdżyć przyrządem Doyena.

Drozdowicz przedstawia zdjęcia rentgenowskie z przypadku Leśniowskiego, jako naoczny dowód, stwierdzający powrót działania odźwiernika po operacyi zespolenia żołądka z jelitem.

Pierwsze z nich, wykonane przed operacyą, przedstawiają obraz opuszczonego, atonicznego żołądka, przyczem część odźwiernikowa jest zrośnięta z okrężnicą wstępującą, do której bezpośrednio przedostaje się miazga żołądkowa. Kształt i ułożenie żołądka odpowiadały najzupełniej klinicznemu rozpoznaniu: ulcus ventriculi in parte pylorica. Na wyłączne dobro rentgenologii zapisać tu należy rozpoznanie zrostu z okrężnicą i przetoki żołądkowookrężniczej. Następne zdjęcia, zrobione w 6 tygodni po wykonaniu przez Leśniowskiego zespolenia żołądka z jelitem i ramion jelita ze sobą wykazują brak komunikacyi między żołądkiem i okrężnicą, prawidłowe opróżnianie się żołądka, przyczem mniej więcej trzecią część miazgi pokarmowej, podanej choremu, można widzieć w żołądku jeszcze w 3½ godzin po jej przyjęciu. Taki stan rzeczy może być wytłómaczony jedynie powrotem czynności odźwiernika.

Leśniowski obstaje przy swem poprzedniem twierdzeniu.

Sławiński zaznacza, że gastroenterostomia często obecnie wykonywana jest bez właściwych wskazań, a strona jej techniczna nie zawsze jest uwzględniona w należytym stopniu.

4. *Sławiński* pokazuje 2-ch chorych po rozległych oparzeniach, którym na uszkodzone miejsca skóry przeszczepił amnion z pomyślnym skutkiem.

W dyskusyi Sawicki zapytuje, czy nabłonek narasta tu z brzegów, czy też rozwinął się on z samego amnion?

Szerszyński powołuje się na przypadek rozległego oparzenia brzucha i kończyn dolnych, spostrzegany w oddziale d-ra Sawickiego. Dla pokrycia braku skóry przeszczepiono homoplastycznie płat skórny, który wkrótce zmartwiał, miejsce to jednak zaczęło pokrywać się nabłonkiem szybciej, niż inne. Przypuszczając, że przeszczepiony płat odegrał tu rolę tylko powłoki, sprzyjającej szybszemu narastaniu nabłonka, S. zaproponował koledze, opiekującemu się chorą, pokrycie części rany ceratką jedwabną (silk protectiv). Po kilkn dniach okazało się, że miejsce, pokryte ceratką, pokrywa się nabłonkiem szybciej, niż sąsiednie części rany, leczone obojętną maścią.

Lexer na zasadzie swych badań przychodzi do wniosku, że homoplastyczne przeszczepianie skóry nie ma widoków powodzenia, udaje się jedynie przeszczepianie błon płodowych. W ocenie wyniku przeszczepiania zaleca Lexer dużą ostrożność, gdyż głębokie warstwy nabłonka, jako też resztki gruczołów potowych i łojowych mogą przyczyniać się do pokrywania się rany nabłonkiem nawet w miejscach odległych od brzegów, dając wysepki nabłonka, o których wspomina Sławiński.

Leśniowski zapytuje o szczegóły techniczne przeszczepiania owodni.

Sławiński radzi błyszczącą powierzchnią przykładać amnion do ziarniny.

5. *Krauze* przedstawił okaz wyciętej kiszki z powodu nowotworu. Chora lat 38 od kilku lat cierpi na zaburzenia w przewodzie pokarmowym,

wyrażające się w bólach dość silnych, szczególniej w dolnej części brzucha. Zalecane jej środki sprawiają ulgę nie na długo. Bóle pojawiały się napadami; po pewnym czasie napady pojawiały się rzadziej i nareszcie ustały zupełnie. Przed kilkoma tygodniami wystąpiły znów i pojawiały się dość często i w silnem natężeniu. K. był zawezwany do chorej z powodu braku wypróżnienia, które miało miejsce kilka dni temu. Stwierdził wtedy brzuch wzdęty, bolesny przy obmacywaniu i wzmożone ruchy robaczkowe, zalecił opium, i chora nazajutrz miała obfite wypróżnienie i czuła się lepiej.

Ponieważ po kilku dniach bóle pojawiły się znów i dość często, chora przybyła do szpitala. Tu Krauze stwierdził: brzuch nie wzdęty, bolesny w dolnej części przy ucisku; poniżej pępka, więcej po stronie lewej, udało się wymacać guz kiszki, leżący głęboko w jamie brzusznej. Z tego powodu K. zaproponował chorej operacyę, na którą na razie zgodzić się nie chciała, tem bardziej, że bólów nie miała; wypróżnienia bywały codziennie, prawidłowe, niekiedy rozwolnienie, łaknienia zaś nie miała, i po połknięciu czegokolwiek natychmiast pojawiały się bóle w brzuchu. Gdy po pewnym czasie napady bólów wystąpiły bardzo często i dość długo trzymały się, chora zgodziła się na operacyę.

Operacyę K. wykonał 9 maja r. b. w uśpienia chloroformowem. Po otwarciu jamy brzusznej odrazu stwierdzić mógł wgłobienie kiszki cienkiej w cienką na dość dużej przestrzeni. Próbował kiszkę odgłobić, co udało się łatwo; po wyciągnięciu całej wgłobionej kiszki znalazł przy końcu guz, który wypełniał światło kiszki. Odnośną część kiszki wyciął razem z guzem i końce zespolił szwem. Przebieg bardzo dobry bez powikłania. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Na wyciętej kiszce widać w świetle guz na szerokiej szypule, pokryty błoną śluzową, gdzie niegdzie zmartwiałą. Guz wypełnia całe światło kiszki i, jak widać, nawet płynna zawartośc jelita z trudnością mogła przedostać się.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. Paszkiewicza, wykazało tłuszczak podśluzowy.

6. *Kalinowski* przedstawia preparat bąblowca wątroby.

7. *Hellin D.* Pokaz psa z obustronną odmą piersiową przy otwartych jednocześnie obydwóch jamach opłucnej.

Pies, któremu Hellin otworzył podczas posiedzenia za pomocą resekcyi żeber obie jamy opłucnej bez użycia przyrządów w rodzaju Sauerbrucha lub Brauera, oddychał w dalszym ciągu. Otwory były tej wielkości, że można w nie było włożyć kilka palców, a więc większe były od światła głośni. Doświadczenie to dowodzi, że teorya obecna co do zależności oddychania od braku powietrza w jamie opłucnej jesl błędna. Płuco, wbrew twierdzeniom dotychczasowym fizyologów, oddycha pomimo odmy piersiowej. Należy przypuszczać, że wykonywa ono ruchy samodzielne.

Pod względem chirurgicznym doświadczenie to, konstatując przedewszystkiem fakt istnienia obustronnej odmy piersiowej bez zejścia śmiertelnego, daje nam prawo w ropniaku obustronnym opłucnej otwierać jednocześnie obie jej jamy. Dowodzi ono także, że rozszerzenie się płuca po

operacyi ropniaka opłucnej nie następuje, jak mylnie dotychczas przypuszczano, przy pomocy płuca zdrowego. Według mniemania dotychczasowego—z płuca zdrowego przy wydechu a zamkniętej głośni powietrze wchodzić miało do płuca chorego. Jak bowiem mogłyby się wobec tego wypełnić powietrzem płuca przy obustronnej odmie piersiowej? Spostrzegane przez H. u zwierząt częste tworzenie się obustronnej przepukliny płuc po otwarciu obydwóch jam opłucnych, po umyślnie wykonanym rozcięciu tchawicy, dowodzi, że zamknięcie głośni nie jest potrzebne do wypełnienia płuca powietrzem po otwarciu jamy opłucnej.

Że obecnie panująca teorya oddychania jest błędna, widzimy z całego szeregu innych zjawisk, przedewszystkiem zaś z doświadczeń z przyrządem Sauerbrucha. Jak bowiem spostrzegali Kuttner, Karewski a także Tiegel, nawet po dużych przedziurawieniach płuco, przy stosowaniu przyrządu Sauerbrucha, nie opada, lecz oddycha równie dobrze, jak i przedtem. Ponieważ zasada przyrządu tego polega na różnicy ciśnienia w jamie opłucnej i płucu, przy przedziurawieniu zaś płuca następuje wyrównanie się ciśnienia, oddychanie powinnoby w tym przypadku ustać. Pomimo to jednak płuco w dalszym ciągu oddycha równie dobrze, jak i bez przedziurawienia.

Powtóre, działanie przyrządu Sauerbrucha zrozumiałe jest dla nas, o ile dotyczy wdechu, lecz nie rozumiemy, jakim sposobem następuje tu wydech. Przyrząd ten bowiem działa nieprzerwanie, a nie według okresów wdechu i wydechu. Wydech więc następuje tu. pomimo że ciśnienie w jamie opłucnej jest mniejsze, niż w płucu. Przyrząd Sauerbrucha zbudowany został w tym celu, by wywołać przyleganie płuca do ściany piersiowej pomimo odmy. Tymczasem w doświadczeniu mojem, jak i w operacyach na ludziach z zastosowaniem przyrządu Sauerbrucha płuco oddycha pomimo nieprzylegania do ściany piersiowej. Nadto Sauerbruch spostrzegał, że nawet po obustronnem wycięciu wszystkich żeber psy, przy stosowaniu przyrządu jego, oddychały i żyły w dalszym ciągu. To również przemawia na korzyść samoistnego ruchu płuc. Przy przecięciu nerwu błędnego płuco, pomimo stosowania przyrządu Sauerbrucha lub Brauera, opada w tak znacznym stopniu, że należy wtedy zwiększyć — względnie zmniejszyć — podwójnie ciśnienie, by płuco znowu rozszerzyło się. Te zjawiska również przemawiają na korzyć samodzielności ruchu płuc. Jednym z kardynalnych warunków przy otwieraniu jamy opłucnej jest utrzymanie ciepła w dostatecznym stopniu, ciepłota bowiem przy obustronnej odmie obniża się, według Lichtscheina, o 5—6^0.

Na podstawie doświadczenia dzisiejszego możemy mieć nadzieję, że operacye płucne wykonywać będziemy mogli bez stosowania wszelkich przyrządów w rodzaju Sauerbrucha lub t. p. Obawa przed jamą piersiową, jak słusznie powiedział Gosset, pójdzie tą samą drogą, co i obawa przed jamą brzuszną.

Kryński mniema, że dotychczasowa nauka fizyologii oddychania wymaga korekcyi, okazuje się bowiem, że powolna zmiana ciśnienia w klatce piersiowej przyzwyczaja płuco do zmienionych warunków pracy.

W. DOBROWOLSKI.

Posiedzenie dnia 9 października 1913 r.

1. *Lewenstern.* Przedstawienie chorej po doszczętnej operacyi obustronnego przewlekłego ropienia jam bębenkowych.
2. *Lewenstern.* Pokaz preparatu naczyń podkolanowych po podwiązaniu żyły podkolanowej.
3. *Krauze.* Przedstawienie chorej z dobrym wynikiem sprawności ręki po wycięciu stawu łokciowego z wszczepieniem tłuszczu i mięśnia.
4. *Zembrzuski L.* Przedstawienie chłopca, operowanego z powodu wnętrostwa.
5. *Ciechomski.* Przedstawienie chorej po przeszczepieniu na podeszwę i piętę prawą wielkiego płata z szypułą z uda lewego.
6. *Krauze.* Pokaz kątnicy i okrężnicy wstępującej, wyciętej z powodu nowotworu.
7. *Leśniowski.* Pokaz gruźlicy kątnicy, mianowicie — zastawki Bauhina.
8. *Dobrowolski W.* Przypadek insufficientiae valvulae Bauhini et stenosis coli descendentis (pokaz rentgenogramu).
9. *Zembrzuski L.* W sprawie założenia u nas sanatoryum dla chorych, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną.

1. *Lewenstern* przedstawił młodą kobietę, u której wykonał doszczętną operacyę z powodu dwustronnego przewlekłego ropienia jam bębenkowych. Ropienie to trwało z górą 15 lat, przyczem ostatnimi czasy cierpiała na bóle głowy i mdłości. Obie operacye zrobiono sposobem Kadera, opisanym szczegółowo przez Radlińskiego, a polegającym — jak wiadomo — na tem, iż trepanowanie rozpoczynamy odrazu od górnotylnej ściany przewodu; sposób ten ma tę wyższość nad pozostałymi, iż 1) pozwala w czasie najkrótszym dojść do jamy bębenkowej, która w przypadkach przewlekłych stanowi ognisko sprawy chorobowej; 2) zabezpiecza od obrażenia nerwu twarzowego, nb. o ile, dłutując kość, nie opuszczać się poniżej spina supra meatum.

W obu razach zabieg zakończono plastyką przewodu usznego chrzęstnego i całkowitem zaszyciem rany skórnej. Plastykę tę z jednej strony zrobiono przy pomocy dwóch cięć, tworzących płat klinowy, z drugiej zaś — za pomocą jednego tylko cięcia podłużnego; i tu i tam wynik otrzymano zupełnie pomyślny, pomimo iż płatów nie przytwierdzono szwami. Dziś — po upływie z górą roku od operacyi — wynik tak czynnościowy, jak i estetyczny jest bardzo dobry.

2. *Krauze.* Dobry wynik sprawności ręki po wycięciu stawu łokciowego z wszczepieniem tłuszczu i mięśnia.

Chora 18-letnia, panna, przeszło rok temu upadła i złamała rękę w stawie łokciowym lewym. Nałożony był opatrunek, który leżał 7 tygodni. Po zdjęciu opatrunku robiono mięsienie czas dłuższy. Podczas mięsienia po wyprostowaniu ręki chora więcej już zgiąć w stawie nie mogła i kończyna została w położeniu wyprostnem. W takiem położeniu przy-

była chora do Warszawy. Przy badaniu lewej ręki stwierdzono zupełne zrośnięcie się nasad kości w stawie łokciowym lewym i żadnych ruchów wykonać nie można. Roentgen pokazuje złamanie w stawie i silne zapalenie kości.

Dnia 25 czerwca 1913 r. K. otworzył staw łokciowy cięciem Langenbecka i usunął odłamy z kości ramieniowej i łokciowej, i wyciął tkanki zbyteczne oraz wszelkie zrosty. Aby nie nastąpiło ponowne zrośnięcie się końców stawowych, wszczepił między końce stawowe kawał tłuszczu, wyciętego z uda lewego. Ranę zaszył i nałożył opatrunek w położeniu wyprostnem kończyny.

Po 10 dniach zdjął opatrunek i rana zagojona była przez rychłozrost. Odtąd zaczęto robić masaż i leczenie chorej w oddziale mechanoterapeutycznym. Po pewnym czasie ruchy w stawie pojawiły się; chora zginała i rozginała rękę w stawie, lecz bardzo nieznacznie. Gdy leczenie takie przedłużało się i żadnego postępu nie było, nie pozostawało nic innego, jak jeszcze raz wykonać operacyę, ewentualnie — wyciąć staw łokciowy.

Dnia 12 września K. powtórnie otworzył staw sposobem Kochera. Pokazało się, że końce stawowe tak są zgrubiałe, że zgięcie w stawie jest niemożliwe. Wycinał końce stawowe kości częściowo, chcąc choć część stawu zachować, ale nie doprowadziło to do żadnego wyniku i zmuszony był cały staw wyciąć w zupełności. Aby nie nastąpił w przyszłości zrost kości, wszczepił część mięśnia trójgłowego. Ranę zaszył doszczętnie.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bezgorączkowy.

Dnia 2 października zdjął szwy i rana zagojona przez rychłozrost. Ruchy czynne powracały powoli i już teraz chora zgina rękę do kąta prostego i rozgina. Ruchy bierne są jeszcze obszerniejsze. Aczkolwiek w przypadku tym po pierwszej operacyi nie udało się doprowadzić czynności kończyny do wyniku pożądanego, jednakże przypadek ten pokazuje, że tłuszcz jest bardzo dobrym materyałem do wszczepienia między końce stawowe lub między przeciętą kość tam, gdzie chcemy ruchomość zachować.

Po drugiej operacyi po usunięciu części kości, stanowiących przeszkodę dla wykonania ruchów, otrzymano wynik bardzo dobry.

Łapiński zaznacza, że należało odrazu wykonać częściowe wycięcie, a następnie zapytuje, co stało się z tłuszczem przy powtórnej operacyi?

Kryński zaleca używanie w tych przypadkach, zamiast mięśnia, powięzi m-li abdominis externi; cięcie Olliera, jego zdaniem, jest tu najodpowiedniejsze.

Szerszyński zapytuje, czy zmiany kostne w danym przypadku nie są wyrazem arthritis deform. juvenalis?

3. *Zembrzuski L.* pokazuje chłopca 10-letniego, operowanego 3 miesiące temu z powodu wnętrostwa (ectopia inguinalis sin). Operacyę Z. wykonał sposobem Walthera i Ombredanne'a t. j. przez otwór w przegrodzie mosznowej przeciągnięte zostało jądro lewe po dostatecznem oddzieleniu powrózka. Otwór w przegrodzie zmniejszony został szwami i jądro utrzymało się in situ, t. j. w bezpośredniem sąsiedztwie prawego jądra. Wynik kosmetyczny dobry.

4. *Ciechomski* przedstawił 18-letnią J. G. po przeszczepieniu na podeszwę i piętę prawą wielkiego płata z szypułą z uda lewego, wykonanem w szpitalu Dzieciątka Jezus. Dziewczyna ta przed 2-ma laty wpadła pod koła pociągu, które zgniotły jej stopę prawą oraz zdarły skórę z pięty i znacznej części podeszwy; umieszczona w jednym z oddziałów szpitala Dzieciątka Jezus, na odjęcie stopy nie zgodziła się, przeleżała 4 miesiące, podczas których pokryto brak skóry płatkami Thierscha; na razie zagojenie nastąpiło, lecz już wkrótce, bo w 3 tygodnie po wyjściu ze szpitala, na pięcie powstało owrzodzenie, które szybko powiększyło się i stwardniało, a brzegi jego na tyle zgrubiały, że o gojeniu się samoistnem nie mogło już być mowy.

Przez czas jakiś kołatała napróżno do szpitali—nie przyjęto jej, wreszcie dała za wygrane, pracowała i chodziła jak mogła.

Na początku r. b. owrzodzenie powiększyło się potężnie i uniemożliwiało chodzenie; chora wstąpiła w kwietniu r. b. do szpitala Dzieciątka ezus.

Przy badaniu szczegółowem stwierdzono u osoby doskonale zbudowanej i dobrze odżywianej na podeszwie prawej owrzodzenie modzelowate twarde o brzegach zgrubiałych, nieruchomych, obejmujące całą piętę i najbliższą część podeszwy, prawie na połowie obszaru całej podeszwy; na stronie zewnętrznej owrzodzenie przekracza podeszwę i szerzy się na powierzchni bocznej stopy, dno owrzodzenia bladoróżowe, suche, pokryte lichą, skąpą ziarniną. Stopa ma kształt końskiej, staw skokowy zesztywniały, niektóre palce przykurczone i nieruchome; pacyentka opiera się na przednią część stopy i unika tym sposobem zetknięcia się pięty z ziemią. Wobec warunków powyższych nie mogło być mowy o zagojeniu owrzodzenia bezpośrednio, należało myśleć jedynie o pokryciu braku grubym, dobrze odżywianym z szypułą płatem, nie ufając jednak zbyt łatwemu przyrośnięciu płata do licho odżywianej, po części zbliznowaciałej skóry na podeszwie.

W d. 6 kwietnia w znieczuleniu ogólnem (morfina, chloroform, eter) C. wyciął całe dno i brzegi owrzodzenia na podeszwie prawej, posuwając się jak najdalej od zgrubiałej części blizny, do możliwie miękkiej, nie dosięgnąwszy bynajmniej prawidłowej skóry na podstawie i bokach stopy; następnie z przedniej powierzchni uda lewego wykrajał wielki gruby płat czworokątny z podstawą wzgl. szypułą, zwróconą ku górze, wolny brzeg dolny płata sięgał górnej granicy uchyłka stawu kolanowego, długość płata wynosiła około 25 cm. szerokość około 15 cm. Kończynę prawą, zgiętą najmocniej w stawie kolanowym, skierowano tak, aby brzeg zewnętrzny stopy prawej oparł się na przedniej powierzchni uda lewego, zaraz ponad stawem kolanowym, tym sposobem cała podeszwa prawa zwrócona była ku górze, nie potrzeba oczywiście dodawać, że pomiędzy powierzchnią zetknięcia się stopy prawej i uda lewego włożono grube poduszeczki z gazy wioformowej w celu uniknięcia odleżyn. Aby ułatwić sobie przyszycie płata, podcięto ile możności brzegi rany na podeszwie, mianowicie cały brzeg wewnętrzny, a teraz już górny, oraz poczęści brzeg górny i dolny, teraz

zaś wewnętrzny i zewnętrzny, przy nowem ułożeniu stopy. Za pomocą rzadkich szwów z silkwormu przymocowano płat udowy do podeszwy, unikając jak najstaranniej najmniejszego choćby napięcia płata; brzeg górny dopasowano dość dokładnie, brzeg wewnętrzny płata umocowano znacznie luźniej i tylko w części górnej, brzeg zaś zewnętrzny zaledwie zbliżono paru szwami; część płata dolna najbliższa szwów przylegała do pewnej części rany na podeszwie, dalsza część płata wisiała wolno, niczem nie ściśnięta, w celu zaś uniknięcia zgięcia płata ku dołowi, położono pod niego bardzo luźno poduszeczkę z gazy, górną powierzchnię jego przykryto nader lekko, unikając najmniejszego choćby ucisku.

Po opatrzeniu zwykłem nałożono potężną opaskę gipsową na obie kończyny dolne razem za pomocą dwóch dużych szyn muślinowych nagipsowanych, umocowanych bandażami gipsowymi i krochmalnymi.

W ciągu pierwszych kilku dni po operacyi stan gorączkowy do 39^0, chora skarży się na ból w kolanie prawem, zresztą znosi dość dobrze to niezmiernie przykre ułożenie kończyn dolnych.

Po 5-ciu dniach wycięto 2 okna w gipsie po obu stronach płata i przekonano się, że płat ów ma wygląd zupełnie dobry. Chora już nie skarży się na bóle w kończynach dolnych, po 2-ch tygodniach w znieczuleniu miejscowem za pomocą nowokainy przecięto szypułę płata do połowy jej szerokości, poczynając od brzegu zewnętrznego, wreszcie po 3-ch dniach już w znieczuleniu ogólnem przecięto pozostałą połowę szypuły płata, który wyglądał doskonale, najważniejszy zrost na brzegu górnym udał się jaknajlepiej, również część płata dolna przyrosła do rany na podeszwie, prawie na całej przestrzeni jej zetknięcia się.

Po okrwawieniu wolnych brzegów rany na podstawie, oraz bocznych brzegów płata, przymocowano go na całym już obwodzie. W ciągu kilku tygodni rana zagoiła sie całkowicie: płat miękki, gruby, nienapięty, mocno zrośnięty z otaczającą skórą, całkowicie odpowiadał już zadaniu skóry na podeszwie i pięcie. W celu ułatwienia stąpania wyłuszczono przykurczony 2-gi palec na stopie lewej, poczem zaopatrzono chorą w odpowiednią miękką podkładkę na podeszwie, oraz w odpowiedni trzewik. Z końcem czerwca r. b. zaczęła ćwiczyć się w chodzeniu, opierając się już całą stopą.

W podobny sposób C. przeszczepił przed kilkunastu laty z doskonałym wynikiem płat z szypułą z uda jednej kończyny na wierzchołek kikuta stopy 2-giej kończyny a to z powodu obszernego owrzodzenia blizny po odjęciu palców. Nie wspomina już o innych przypadkach przenoszenia płatów z szypułą w innych okolicach ciała, jak np. płat z szyi w celu wytworzenia kąta ust i t. d.

Naostatek C. przypomniał, że najwięcej przyczynił się do opracowania metody tej Maas, który w r. 1884 ogłosił szereg przypadków przez siebie operowanych z wynikiem pomyślnym.

Na zasadzie przypadków tych podał następujące prawidła postępowania przy przeszczepianiu płatów z szypułą np. z odległych okolic ciała.

1) wygodne ułożenie kończyn i dobre nałożenie opaski gipsowej;

2) należy dokładnie usuwać ziarninę z owrzodzenia;

3) należy wykrawać płaty w kierunku przebiegających naczyń;

4) staranne przyszycie płata do brzegu braku;

5) część szypuły powinna być wolna, jak również część braku ma być niepokryta;

6) podczas operacyi jak najsurowsza czystość;

7) szypułę należy przecinać 10—14 dnia.

U nas najwcześniej w sprawie tej zabierali głos: Obaliński w r. 1887 w Przegl. Lekarskim, Bossowski w r. 1889, również w Przeglądzie, Sawicki w r. 1890 w Gazecie Lekarskiej i inni.

Kryński. Operacye plastyczne przy pomocy płata uszypułowanego, co widzimy w przedstawionym przypadku, niesłusznie zalicza Ciechomski do zabiegów rzadkich. Przeciwnie, jest to jedna z operacyi bardzo zwykłych, stosowanych często i to od czasów najdawniejszych. Przypomnijmy sobie zabiegi w zakresie najtrudniejszym tego rodzaju operacyi — plastykę nosa; metoda indyjska i metoda włoska w ręku starożytnych operatorów dawały przecież zagojenie pomyślne. Trudno więc pomyśleć, aby zabieg tak prosty, jak przeszczepienie płata uszypułowanego z uda na podeszwę, miał nie dać dobrego wyniku w ręku dzisiejszego chirurga. Przypadki tego rodzaju operował Kryński wielokrotnie, przyczem dla pokrycia naprzykład obszernych braków skóry na dłoni i przedramieniu używał płatów uszypułowanych z brzucha lub klatki piersiowej, dla wytworzenia zaś wyciętej wargi dolnej lub pokrycia braku w policzku — podwójnie złożonych (podszewkowych) płatów skóry z szyi. Wyniki tych zabiegów otrzymujemy zawsze pomyślne w znaczeniu przygojenia się przyszytego płata; natomiast pozostawiają one częstokroć do życzenia pod względem kosmetycznym i dlatego musimy uzupełniać je następczo operacyami dodatkowemi za pomocą, naprzykład, przeszczepiania płatów wolnych, które zyskuje coraz szersze zastosowanie w dzisiejszej chirurgii.

Ciechomski nie zgadza się ze zdaniem Kr., aby omawiany zabieg miał być banalny i często u nas wykonywany.

Borsuk przypomina, iż dawniejsze statystyki tych operacyi były niezachęcające.

5. *Lewenstern* przedstawił naczynia podkolanowe, otrzymane z kończyny dolnej ze zgorzelą palców na tle endoarteriitis obliterans. W przypadku tym, opierając się na kilku pracach, w piśmiennictwie zagranicznem ostatnimi czasy podanych, L. starał się poprawić odżywianie kończyny za pomocą podwiązki żyły podkolanowej. Żyła ta została podwiązana struną; rzeczą zaznaczenia godną jest, że przewiązanie tak wielkiego naczynia, jak v. poplitea, dało sinicę powłok bardzo przemijającą, bowiem trwającą nie dłużej nad $^1/_2$ godziny. Przekrwienie bierne, osiągnięte w ten sposób, zaznaczyło się już dnia następnego: 1) znacznem zmniejszeniem się bólu, który uprzednio w ciągu kilku miesięcy trapił pacyenta, 2) podniesieniem się ciepłoty skóry, która do tej pory na stronie chorej była wyraźnie niższa, niż na zdrowej. Po kilku dniach zauważono: 3) lekkie ograniczanie się (demarkowanie) sprawy zgorzelinowej. Niestety jednak z biegiem czasu — po upływie 2-ch do 3-ch tygodni — okazało się, iż nadzieja osiągnięcia po-

prawy była złudna: bóle powoli wracały, noga znów zrobiła się zimna, zgorzel rozwijała się dalej. W 6 tygodni po podwiązce żylnej amputowano udo. Preparat naczyń dołu podkolanowego wykazuje zamknięcie światła żyły podudzia tylnej i zachowanie drożności światła żyły podudzia przedniej. L. sądzi, iż struna zbyt wcześnie wessała się, dzięki czemu przekrwienie żylne działało tylko przemijająco. Należało najlepiej wyciąć żyłę, co dałoby wynik trwalszy.

Mimo wyniku ujemnego L. sądzi, iż w przypadkach odpowiednich należałoby spróbować zabiegu tak łatwego i—bądź co bądź niewinnego, jak podwiązanie żyły podkolanowej.

Kryński. Ujemny wynik, otrzymany w danym przypadku przez Lewensterna, zdaje się stanowczo przemawiać przeciwko wartości zastosowanego przezeń zabiegu leczniczego w postaci podwiązania żyły podkolanowej. Postępowanie to polecił Oppel w przypadkach podwiązania głównego pnia tętniczego, ażeby przez stworzenie w ten sposób t. zw. ograniczonego krwiobiegu w kończynie zapobiedz jej zgorzeli. Nie można jednak spodziewać się stąd wpływu dodatniego w przypadkach istniejącej już zgorzeli na tle miażdżycy, albowiem, jak wykazują badania anatomiczne, obie tętnice główne podudzia i stopy są tu zaczopowane aż do tętnicy podkolanowej i przeto warunki krążenia i odżywiania kończyny są zupełnie inne, niż w przypadkach doraźnego zamknięcia tętnicy udowej. Bardziej racyonalną zdawała się być inna metoda zapobiegania zgorzeli stopy, podana przed paru laty przez Wietinga za pomocą zespolenia tętniczożylnego wysoko na udzie. Wyniki badań doświadczalnych i klinicznych wielu autorów nie wykazały jednak dodatniego wpływu tego zabiegu, który w większości przypadków nie był w stanie zapobiedz posuwaniu się zgorzeli. Mimo to na ostatnim zjeździe w Londynie Goodman z Nowego Yorku przedstawił bardzo zachęcające swoje wyniki tej operacyi, według których na 13 przypadków w 6 otrzymał rezultat wyborny.

Sławiński twierdzi, że zespolenie tętniczożylne w tych przypadkach nie wpływa wprawdzie na wynik czynnościowy kończyny, lecz znosi bole.

6. *Krause.* Przypadek wycięcia kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej z powodu nowotworu. Chora 54-letnia przybyła do szpitala do oddziału Klejna z powodu cierpienia kanału pokarmowego. Cierpi już od roku na bóle w brzuchu, które występują napadami; z początku napady te pojawiają się 2—3 razy na miesiąc i trwają około 3-ch godzin. Wymiotów nie bywa. Od kilku miesięcy napady występują coraz częściej i trwają dłużej. Od tygodnia leży w łóżku i miewa bezustannie bóle. Łaknienia niema. Od kilku dni ma rozwolnienie, w stolcach od czasu do czusu pokazuje się krew. Przy badaniu brzucha wyczuć się daje guz w okolicy jamy biodrowej prawej. Guz twardy mało ruchomy, przy silnym ucisku bolesny. Odgłos opukowy bębenkowy. Wątroba nieco powiększona. W moczu niewielka ilość białka. W innych narządach nic szczególnego. Rozpoznano nowotwór okrężnicy. W celu wykonania operacyi chora przeniesiona do oddziału Krauzego.

Do operacyi K. przystąpił dnia 1 października r. b. W uśpieniu chloroformowem można było stwierdzić, że guz jest więcej ruchomy, aniżeli to

przedtem wydawało się. Cięcie zrobił na linii środkowej. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że guz zajmuje górną część kiszki ślepej i część okrężnicy wstępującej. Zrośnięty jest z siecią na dużej przestrzeni, z więzadłem żołądkowookrężniczem w blizkości żołądka. Przedewszystkiem wyseparował Krauze guz na tyle, aby mieć swobodną część kiszki biodrowej i okrężnicy poprzecznej, i wykonał zespolenie boczne kiszki biodrowej z okrężnicą poprzeczną. Oddzieliwszy w dalszym ciągu guz, aby go usunąć, zauważył, że chora słabnie coraz bardziej. Wobec tego operacyę przerwał i wyłonił całą masę na zewnątrz. Ściany brzusznej nie zaszył, lecz wyłożył serwetkami z gazy, gdyż guz zajął całą długość cięcia. Chora zniosła zabieg dobrze. Dnia 6 b. m. przystąpił do wyłuszczenia guza. Po zdjęciu opatrunku okazało się, że część kiszki biodrowej uległa zgorzeli. Ostrożnie jednak postępując, udało się dość łatwo usunąć nowotwór. Ścianę brzuszną K. zaszył, wprowadziwszy paski gazy wyjałowionej. Chora ma się dobrze. Boleści nie ma; wiatry odchodzą, nie wymiotuje. Tętno dobre przyśpieszone. Ciepłota 37,4. Badania drobnowidzowego jeszcze nie dokonano.

K. wykonał więc operacyę na 2-ch posiedzeniach w rodzaju Mikulicza z tą różnicą, że na 1-em posiedzeniu wykonał odrazu zespolenie kiszki biodrowej z okrężnicą, a na 2-iem posiedzeniu wyłuszczył nowotwór, podczas gdy Mikulicz robi odbyt sztuczny.

Nieprzyjemna jest tylko ta okoliczność, że kiszka, pozostawiona na zewnątrz, ulega zgorzeli. Być jednak może, że tego by nie było, gdyby 2-gą operacyę wykonano 3-go dnia, a nie 6-go.

7. ***Leśniowski*** przedstawia okaz gruźlicy kiszki ślepej, i mianowicie — gruźlicy zastawki Bauhina.

Okaz pochodzi od 47-letniego, mocnego, dużego mężczyzny wiejskiego, który 29 sierpnia przybył do Szpitala Ś-go Antoniego. Zazwyczaj zupełnie zdrów, od pewnego czasu doznawał „darcia“ w dole brzucha, na stronie prawej, oraz zaparcia stolca. Stan ogólny był pomyślny, narządy wewnętrzne bez zmian dostrzegalnych. Z gruczołów chłonnych wymacują się tylko nieduże w obu pachwinach. Na wysokości kolca biodrowego przedniego górnego prawego wymacuje się w prawej połowie dołu brzucha guz wielkości pomarańczy, sporo ruchomy, kształtu nieprawidłowego, twardy, bez chełbotania, prawie niebolesny. Rozpoznano guz kiszki ślepej, najprawdopodobniej — nowotwór złośliwy.

D. 8 września L. wykonał operacyę. Cięcie na zewnętrznym brzegu m. prawego prostego brzucha rozległe. Po przecięciu otrzewnej L. wyłonił guz na zewnątrz. Mieścił się on w samej rzeczy w kiszce ślepej, do której przylepiła się dolna pętla krętnicy. Po odlepieniu jej znaleziono otrzewną na niej zmienioną. Wobec tego wypadło b. rozlegle wyciąć całą tę pętlę wraz z kiszką ślepą oraz z prawie całą okrężnicą wstępującą. Końce krętnicy oraz okrężnicy L. zaszył, krętnicę zespolił bocznie z poprzecznicą. Brzuch zaszył całkowicie. Przebieg okresu pooperacyjnego pomyślny. D. 15 września pacyent zaczął chodzić, czynność przewodu pokarmowego prawidłowa.

Na przedstawionym przez Leśniowskiego okazie widać duży odcinek

zgrubiałej i rozszerzonej krętnicy, kątnicę oraz duży odcinek okrężnicy wstępującej Na przecięciu kątnicy widać, że zastawka Bauhina jest ogromnie zgrubiała, twarda jak chrząstka, pokryta niezmienioną śluzówką. W najdolniejszym odcinku krętnicy śluzówka owrzodzona. Wyrostek robaczkowy wygląda prawidłowo. Do kątnicy przylega duży klin krezki, w której mieści się tętnica krętniczokątnicza, oraz wzdłuż niej duży pęk obrzmiałych gruczołów chłonnych.

Leśniowski zbadał mikroskopowo kawałek zastawki Bauhina i jeden z gruczołów chłonnych — i tu, i tam znalazł sprawę gruźliczą. Przedstawiony okaz jest zatem guzem kiszki ślepej, powstałym na tle t. zw. pierwotnej gruźlicy kiszki ślepej.

Poza tem Leśniowski porusza sprawę operowania guzów kątnicy. Operacyę można wykonać w sposób b. rozmaity; L. zwraca uwagę na sposób, jaki w danym razie zastosował, gdyż wydaje mu się najbardziej odpowiednim, jako oparty na danych anatomicznych. Mianowicie kątnicę oraz najdolniejszy odcinek krętnicy zaopatruje w krew tętnica krętniczokątnicza (art. ileocolica) — gałęź tętnicy krezkowej górnej; od tej ostatniej odchodzi również tętnica okrężnicza środkowa prawa (art. colica media dextr.), zaopatrująca w krew okr. wstępującą. Naczynia chłonne kątnicy wlewaja chłonkę do gruczołów chłonnych, położonych wzdłuż tętnicy krętniczo kątniczej, aż do t. krezkowej górnej. Operując guz złośliwy kątnicy, trzymamy się ogólnej zasady — musimy wraz z guzem jaknajdokładniej usunąć i odnośne gruczoły chłonne. Usuwając zaś gruczoły chłonne okolicy kątnicy, wraz z nimi jesteśmy zmuszeni usunąć i tętnicę krętniczokątniczą aż do tętnicy krezkowej górnej; przewiązując zaś tę ostatnią, upośledzamy krwi obieg i w tętnicy okrężniczej prawej środkowej. Wskutek tego, usuwajac guz kątnicy, musimy jednocześnie wyciąć duży odcinek krętnicy, oraz prócz kątnicy — całą okrężnicę wstępującą.

Przebieg zabiegu jest następujący: Rozległe cięcie Jalaguiera. Po wyłonieniu gnza, przecinamy krętnicę w odległości 10 cm. od kątnicy i koniec doprowadzający zaszywamy. Następnie odcinamy krezkę od krętnicy w kierunku ku kiszce ślepej, podwiązując pojedyncze naczynia krezki, a to by nie skrócać znacznie przecinanej krezki. Po dotarciu do brzegu kątnicy, odchylamy tę ostatnią wraz z okrężnicą wstępującą na lewo, i nacinamy podłużnie otrzewną w miejscu, gdzie otrzewna ścienna przechodzi na kątnicę i okrężnicę. Odbywa się to bezkrwawo, gdyż ten listek otrzewnej naczyń krwionośnych nie zawiera. Na tępo wdrążamy poza kątnicę i odłuszczamy ją wraz z otaczającą tkanką tłuszczową, dostając się poza przedni wewnętrzny listek krezki. Tu natrafiamy na obrzmiałe gruczoły chłonne. Ten listek otrzewnej wraz z gruczołami chłonnymi oraz tkanką tłuszczową odłuszczamy wzdłuż przebiegu tętnicy krętniczokątniczej tak daleko, aż znajdziemy się powyżej obrzmiałych gruczołów chłonnych. Tu przewiązujemy tętnicę krętniczookrężniczą, przecinamy ją i wycinamy odpowiedni klin z krezki. Teraz odcinamy okrężnicę wstępującą w pobliżu zgięcia wątrobowego; koniec odśrodkowej kiszki zaszywamy. Dodać należy, że po odłuszczeniu na tępo kątnicy wraz z okrężnicą wstępującą, obnażamy pra-

wy moczowód, dolny odcinek prawej nerki, oraz dolny kąt dwunastnicy. To pozwala uniknąć uszkodzenia tych narządów.

Po usunięciu wyciętego odcinka następuje jaknajdokładniejsza peritonizacya pola operacyjnego; o ile nie udaje się na całej przestrzeni zespolić brzegów przeciętej otrzewnej — można brak pokryć siecią. Na ostatku zespalamy koniec krętnicy z okrężnicą poprzeczną.

8. *Dobrowolski W.* omawia przypadek, dotyczący 24-letniego chorego, z zawodu mechanika, który w czerwcu ub. r. podlegał operacyi usunięcia wyrostka robaczkowego z powodu zapalenia tegoż; w grudniu tegoż roku przechodził znów cięcie brzucha z powodu rozległych zrostów loco operationis. Pomimo to czuł się w dalszym ciągu chorym, skarżąc się na bóle w całej dolnej połowie brzucha, brak łaknienia i t. p. objawy dyspeptyczne. Ponieważ leczenie wewnętrznymi środkami, jako też kąpiele i pobyt na wsi nie osiągnęły żadnego wyniku, przeto chory został skierowany przez D. do szpitala do oddziału d-ra F. Kijewskiego. Rentgenogram, wykonany przez Drozdowicza, wykazał: stenosis coli descendentis, fixatio coeci et insufficientia valvulae Bauhini (kasza barytowa, wlewana per rectum z wysokości zaledwie kilkudziesięciu centymetrów, wypełniła obficie jelita cienkie). Wobec tego, D. otworzył jamę brzuszną przedewszystkiem w celu usunięcia zwężenia okrężnicy zstępującej (zwężenie to nie dawało się stwierdzić uprzednio na zasadzie jakichkolwiek danych klinicznych) i znalazł jedynie zrost sieci z górną częścią coli descendentis — zrost ten rozdzielono, poczem jamę brzuszną zaszyto całkowicie. Przedmiotem następnej operacyi będzie fixatio coeci, od czego być może zależy niewydolność czynnościowa zastawki Bauhina, jak to widać z prac Maxa Herza, Groedela i innych.

9. *Zembrzuski L.* odczytał referat o potrzebie stworzenia u nas uzdrowiska dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. Zaznaczywszy na wstępie, że leczenie tej kategoryi chorych, szczególniej ubogich, nie jest oparte w Warszawie na podstawach racyonalnych, Z. przytacza statystyczne dane leczenia gruźlicy chirurgicznej w zakładach leczniczych nadmorskich i górskich w Europie. Leczenie sanatoryjne jest tu jedynie wskazane, przyczem budowanie szpitali i uzdrowisk tylko nad morzem lub w górach nie stanowi niezbędnego warunku, decydującego o dodatnich wynikach tego leczenia. W różnych miejscowościach w głębi lądu Europy istnieją już sanatorya odnośne na nizinach, np. w Rappenau, Hohenlychen i t. p., służyć mogące za przykład, że odsetki wyzdrowień w nich nie wiele są niższe od odsetków wyzdrowień w szpitalach górskich i nadmorskich — od 70—80%. Stąd wniosek, że warunki geograficzne i klimatyczne Królestwa Polskiego nadają się do utworzenia uzdrowiska odnośnego dla dzieci niezamożnej ludności Warszawy. Z. podaje w ogólnych zarysach typ szpitala odpowiedniego, mogącego czynić zadość wymaganiom współczesnym leczenia gruźlicy chirurgicznej w naszych warunkach.

W rozprawach przemawiali Kijewski, Sawicki, Stankiewicz Wł., Horodyński i prelegent.

W. DOBROWOLSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 27 czerwca 1913 r.

1. *Krąkowski* przedstawił chorą z Zakłądu Położniczego przy ul. Karowej po operacyi cięcia łonowego bocznego m. Doederleina. Wieloródka 28 l.; dwa poprzednie porody zakończyły się wymóżdżeniem.

Obecnie ciąża donoszona, bóle trwają 24 godziny. Brzuch obwisły, pozatem budowa na oko prawidłowa. Położenie czaszkowe, główka lekko przyciśnięta do wejścia, zbacza nieznacznie ku stronie lewej, wyraźnie zbyt duża. Wymiary miednicy 24,5, 27,5, 17,5, 10; conj. v. 8,5. Łuk łonowy zbudowany, jak w miednicy męzkiej, spojenie wysokie, nachylone, rozwarcie na 4 palce. Rodząca koniecznie pragnie mieć żywe dziecko.

Nie mając wskazań do cięcia cesarskiego i obawiając się obrotu zapobiegawczego ze względu na pewne duże trudności podczas wyprowadzania główki, K. zdecydował się wykonać ischiopubiotomiam m. Doederleina. Operacya zakończona została obrotem i wydobyciem żywego płodu. Opatrunek zwykły, umocowanie miednicy bandażem, ułożenie chorej pomiędzy dwa worki piasku.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy: podczas opatrunków położniczych początkowo podtrzymywano miednicę z obydwóch stron. W trzecim tygodniu chora zaczęła siadać, w czwartym chodzić. Wypisana z Zakładu w 5-ym tygodniu w stanie zupełnie dobrym, chodzi dobrze, do pracy zupełnie zdolna; dziecko zdrowe. Przecięta kość połączona jest zrostem niekostnym, jak to wykazuje rentgenogram; brak wynosi mniej więcej pół cm. Conj. v. obecnie $9^1/_2$. Na zasadzie tego przypadku K. uważa zabieg za łatwy i, pomimo małego doń zaufania ze strony akuszerów, za zasługujący na większe rozpowszechnienie nietylko w klinice, lecz i w praktyce prywatnej. Czas już, by wymóżdżenie żywego płodu przy obecnym stanie położnictwa przeszło do historyi.

W przedstawionym przypadku po nacięciu części miękkich i przepiłowaniu kości wystąpiło bardzo obfite krwawienie, które szybko zatamowane zostało przez nalanie do rany żelatyny i ucisk. Opisywane przez wielu autorów uszkodzenia cewki, pęcherza moczowego i otaczających części miękkich K. uważa za łatwe do uniknięcia, jeżeli operuje się ostrożnie, to znaczy: 1) oddzielając części miękkie trzymać się należy ściśle kości; 2) przy końcu rozpiłowywania kości pomocnicy powinni mocno trzymać miednicę, nie pozwalając na jej zbyt wielkie rozejście się, co szczególniej może nastąpić podczas wydobywania główki tym lub innym sposobem. Toż samo mocne podtrzymywanie miednicy ma olbrzymie znaczenie dla zachowania w całości stawu krzyżowobiodrowego; chód kaczkowaty, zdarzający się po operacyi, zależy jedynie od tych uszkodzeń.

W rozprawach Staniszewski jest zdania, że ropienie na miejscu operacyi możnaby tłómaczyć ugnieceniem części miękkich pomiędzy przecię-

temi kośćmi miednicy, tembardziej przy stosunkowo niedużej ciepłocie 37,8°.

Zaborowski zarzuca pubiotomii trudność ścisłego ustalenia wskazań, kiedy zabieg ma być dokonywany. Wskazania wahają się w ciasnych granicach, i zależne są od ustalenia stosunku, w jakim stoją do siebie obwód głowy płodu i pojemność pierścienia miednicy, t. j. od czynników, których operujący określić ściśle nie jest w stanie. Dalej zarzuca Z. niemożność panowania nad całym przebiegiem zabiegu, którego drugi okres, t. j. przeprowadzanie płodu przez rozcięty pierścień miednicy odbywa się niezależnie i poza kontrolą operującego.

Zdaniem Cykowskiego — hebosteotomia w zasadzie w znacznej mierze zawiodła nasze oczekiwania przedewszystkiem ze względu na poważne powikłania, o jakie wcale nie trudno podczas dokonywania tego zabiegu. Pomiędzy innymi, już na odbytym w roku 1907 zjeździe we Lwowie wskazywano, iż podczas hebosteotomii zdarzają się krwotoki z żył łechtaczki i sąsiedztwa, jak również z żył przedpęcherzowych, które niekiedy mogą być bardzo groźne; następnie — powstać mogą zranienia pęcherza naskutek nakłucia igłą, czy też przez rozdarcie pęcherza przy rozstępowaniu się kości, lub wśród porodu; nietrudno również o rozległe rozdarcia części miękkich, docierając do tkanki łącznej przedpęcherzowej, najczęściej u pierwiastek — przy drogach porodowych mało przygotowanych. Rozdarcia owe są najczęstszym powodem zakażeń ogólnych, po porodzie następujących. Należy mieć na uwadze również dość łatwe występowanie zakrzepów w żyłach kończyn dolnych.

Nie wydaje się też Cykowskiemu słuszną rada Doederleina, ażeby po dokonaniu w odpowiednich przypadkach obrotu płodu na nóżki i wydobyciu dolnej części tułowia dokonywać hebosteotomii, jeśli przekonamy się, iż wydobycie górnej części tułowia i główki nie daje się z łatwością natychmiast uskutecznić.

Wszak powszechnie jest przyjęty pogląd, iż, jeśli wydobycie górnej części tułowia płodu oraz główki nie zostanie załatwione w ciągu paru minut, to płód prawie niechybnie zamrze. Ponieważ zaś nie sposób przypuścić, iż w każdym poszczególnym przypadku uda się w owe kilka minut hebosteotomii dokonać i zdążyć jeszcze płód wydobyć, przeto C. uważa stosowanie hebosteotomii w takich warunkach za wręcz szkodliwe.

Samo znaczne krwawienie, jakie podczas zabiegu zawsze powstać może, wymaga sporo czasu na opanowanie go, jak się o tem naocznie przekonał sam prelegent.

Już z tego jednego względu C. nigdy nie odważyłby się zużytkować hebosteotomii w okolicznościach, z rady Doederleina wypływających.

Co do wskazań do hebosteotomii — nie sposób przemilczeć następujące: wiemy, iż kobieta z miednicą, której conj. vera równa się 8 cm., może sama urodzić płód donoszony żywy, byleby płód był przeciętnej, średniej wielkości. Z drugiej strony zwolennicy hebosteotomii stosują zabieg ten w przypadkach, w których conj. vera zwężonej miednicy wynosi minimum $7^1/_2$ cm.; różnica tedy między miednicą, w której jest możliwe urodzenie

płodu sponte, a miednicą, jaką zwolennicy hebosteotomii do zabiegu tego jeszcze kwalifikują, wynosi zaledwie subtelne $1/2$ cm.

Skoro przypomnimy sobie teraz, iż przy mierzeniu jednej i tej samej miednicy przez kilku lekarzy napewno otrzymamy nie te same cyfry, przeciwnie zaś — różnice w poszczególnych kategoryach cyfr przekroczą 1 lub więcej cm., skoro więc mierzenie miednicy przedstawia względną tylko wartość, to nic dziwnego, iż z powodu każdego poszczególnego przypadku, w którym hebosteotomii dokonano, musi powstać wątpliwość, czy i w danym przypadku chora nie byłaby urodziła nawet sama, jeśli tylko płód był średniej wielkości.

Nie same tedy odpowiednie wymiary miednicy takie lub inne, lecz przebieg porodu stanowi jedyne pewne kryteryum wartości danej miednicy i dlatego Cykowski osobiście zalecałby hebosteotomię dopiero po dwu uprzednich porodach, śmiercią dzieci zakończonych, nigdy zaś — u pierwiastki.

Zgodzić się więc należy, iż obecnie o ścisłości wskazań do hebosteotomii mówić nie można.

W zakończeniu C. zwraca uwagę, iż omawiany zabieg jest dokonywany w pewnej mierze naślepo, a więc nie ściśle chirurgicznie, przeto nowoczesny akuszer-chirurg prędzej użyje takiego sposobu rozwiązania chorej, który daje mu otwarte pole operacyjne, na jakiem z całą swobodą działać będzie.

2. Następnie *Krąkowski* przedstawił okaz macicy z mięśniakami, wyciętej podczas porodu, z powodu uwięźnięcia w wejściu do małej miednicy mięśniaka, wychodzącego z tylnej wargi szyi. Wieloródka po trzech dobach od początku porodu przywieziona z prowincyi do Zakładu Położniczego przy ul. Karowej c. 38 t. 110. Ciąża donoszona, macica guzowata, przez pochwę wyczuwa się guz, wypełniający całkowicie wejście do małej miednicy, ku górze odprowadzić nie daje się. Przystąpiono do klasycznego cięcia cesarskiego met. Fritscha, poczem wycięto macicę, usunąwszy uprzednio mięśniak wielkości główki noworodka, wychodzący z tylnej wargi szyi. Mięśniak ten usunięto uprzednio, gdyż tak wypełniał małą miednicę, iż wydobycie macicy i dojście do naczyń technicznie było rzeczą niemożliwą. Przez dolny kąt rany wprowadzono do jamy Douglasa gruby sączek cygaretowy; resztę rany zaszyto szwem trzypiętrowym.

W rozprawach Leśniowski wypowiada się na niekorzyść sączkowania zarówno przez kikut macicy po nadpochwowem odcięciu macicy, jak również sączkowania jamy otrzewnej — uważa za słuszne tylko odosobnianie pewnej zakażonej okolicy jamy brzusznej.

Zaborowski usunąłby macicę doszczętnie, sączkując tylko przez pochwę. Sposób ten w podobnych przypadkach wypróbował Z. wielokrotnie, wycinając macice pęknięte podczas porodu. Zdaniem Z.—należało albo usunąć macicę i sączkować przez pochwę, albo, w razie cięcia nadpochwowego i zaszycia otrzewnej nad kikutem, sączkować tylko przez ścianę brzuszną, pozostawiając kikut części pochwowej własnemu losowi. Sączak gumo-

wy do brzucha Z. stosuje tylko w przypadkach, w których obawia się miąższowego krwawienia do otrzewnej i nigdy dłużej niż 24 godzin.

Prócz tego zabierał głos Cz. Stankiewicz.

3. *Monsiorski* przedstawił dwa okazy:

1) Cystoma intraligamentare suppuratum ovarii dextr. virginis intactae. Preparat pochodził od 18to letniej virgo intacta. Przed operacyą znajdowano guz w dole brzucha, wypełniający całą miednicę; niepodobieństwem było rozpoznać granicę guza i macicy, inaczej mówiąc — znaleźć samą macicę. Guz konsystencyi miękawej dochodził na 3 poprzeczne palce poniżej pępka, i był zupełnie nieruchomy. Peryodu chora nie miała 5 miesięcy. Gorączkowała po każdem badaniu, a czasem i niezależnie od badania do 39, 40^0 C. Ze względu na brak peryodu i pewne, acz niesłuszne wątpliwości co do możliwości ciąży, chorą poddano badaniu promieniami Roentgena; badanie wykazało, że ciąży niema. Wtedy zrobiono jeszcze badanie krwi: okazało się 19000 białych ciałek krwi. M. przedstawia preparat ze względu na trudności rozpoznawcze, oraz jako protest przeciwko zbyt długiemu „obserwowaniu" chorej. Obserwacya trwała 2 lata, i prawdopodobnie — dzięki temu guz uległ zropieniu. Trudności operacyjne były znaczne, a stosunki anatomiczne tak zmienione, że jeszcze po wyjęciu guza trudno było oryentować się w organach, stanowiących granicę siedliska guza. Biorąc asumpt do własnego dawniejszego błędu u virgo intacta gravida, M. radzi wielką ostrożność w rozpoznawaniu, ale przeciwny jest niepotrzebnemu zwlekaniu z zabiegiem operacyjnym.

2) Gruźlicę jajowodu lewego oraz torbiel jajowodowojajnikową prawą. Torbiel przedstawiano makroskopowo, jajowód gruźliczy i pod mikroskopem.

Okaz pochodzi od 26-letniej mężatki, zamężnej od 2 lat, która w ciąży nigdy nie była. Mąż nigdy na rzeżączkę nie chorował. Przed operacyą znajdowano u chorej guz w prawych przydatkach, który odsuwał macicę zupełnie do lewego dołu biodrowego i w ten sposób uniemożliwiał badanie lewych przydatków. Wszakże lekarze, którzy dawniej widzieli chorą, twierdzili, że i lewe przydatki są chore. Chora przed każdym peryodem i podczas peryodu gorączkowała do $37{,}5^0$. Była w leczeniu zachowawczem $1^1/_2$ roku. Na propozycyę operacyi chętnie zgodziła się. Po usunięciu torbieli stał się widocznym jajowód lewostronny; nakształt różańca był on kolejno rozszerzony i zwężony. Miejsca rozszerzone były żółtawe. Przy wycinaniu jajowodu z pars isthmica pokazała się ropa. W ropie przy badaniu bakteryologicznem znaleziono prątki Kocha, a w ścianie jajowodu typowe gruzełki z komórkami olbrzymiemi. Jako pewną reakcyę ze strony organów sąsiednich M. uważa zrosty sieci ze ścianą brzucha oraz z kiszkami. W płucach u chorej zmian żadnych nie znaleziono. Omawiając ten przypadek, M. wspomniał o klasyfikacyi gruźlicy jajowodu, proponowaną przez Janle'a (tbc. granulosa, pyogenetica, lardacea i mixta) i zaliczył go do II kategoryi.

Obie chore wyzdrowiały.

W dyskusyi nad demonstracyą Monsiorskiego zabierali głos: Czesław Stankiewicz i Leśniowski.

4. *Staniszewski* przedstawił preparaty:

1) Jajowód prawy ciężarny rozszerzony z miejscem przyczepu jaja i strzępami, wycięty wraz z szerokiem więzadłem prawem i jajnikiem w ścianie guza. Jajowód lewy rozszerzony komunikujący z torbielą jajnika lewego i tworzący wraz z tym ostatnim torbiel z zawartością śluzowokrwawą. Światło jajowodu powiększone, nierówne, fałdziste. Wnętrze torbieli jajnika połyskujące, gładkie. Jednocześnie usunięty został wyrostek robaczkowy zgrubiały, wydłużony, zrośnięty na końcu wolnym z jelitem grubem. Preparat ten pochodzi od chorej 37-letniej, zamężnej od lat 12. Chora urodziła 2 razy na czasie, ostatni raz przed laty 10. Miesiączkowała prawidłowo, ostatnia miesiączka prawidłowa była na 6 tygodni przed Wielkanocą r. b. i wtedy dostała znacznego krwawienia z silnymi bólami z prawej strony brzucha, krwotok ten ciągnął się przez 2 tygodnie, później zmniejszył się, lecz bóle nie ustawały. Leżała w szpitalu przez 10 dni — stosowano lód na brzuch — bez wyniku. Zapisała się 15 czerwca r. b. do oddziału Dr. Szteynera. Przy badaniu znaleziono guz z prawej strony macicy wielkości pięści, łączący się z macicą przypuszczalnie na dwa palce zgrubiałym jajowodem, guz cały nieco ruchomy miękkawy, dochodzący do sklepienia, macica niepowiększona, prawie ruchoma: rozpoznanie: przypuszczalna ciąża jajowodowa prawostronna i guz przydatków lewej strony. Przy operacyi 18 czerwca rozpoznanie potwierdziło się i przy tym znaleziono zapalenie wyrostka robaczkowego przewlekłe. Stan chorej po operacyi pomyślny.

2) Jako osobliwość w naszych czasach — włókniak wielkości pięści dużej, wypełniający pochwę i wychodzący na grubej szypule z tylnej ściany kanału szyi macicznej. Chora w. 40 lat, zamężna od 4 lat, nie zachodziła w ciążę od 8-iu lat. Cierpi na stałe prawie krwawienie na zmianę z obfitymi upławami, od 8-iu lat radzono jej zabieg operacyjny, lecz nie zgodziła się. Po wyjściu zamąż — coitus z obfitemi krwawieniami, znaczne osłabienie i krwawienie zmusiły chorą dziś (27 czerwca) do usunięcia guza, które odbyło się bez powikłań przez pochwę po wytoczeniu dużego guza przez stosunkowo wązką szparę sromną i obcięciu szypuły.

5. *Slaski* przedstawił przypadek, interesujący ze względu na nieustalone rozpoznanie przedoperacyjne: ascites czy też torbiel pęknięta?

Przypadek dotyczył S. lat 43, zamężnej, dzietnej. Chora od 4 miesięcy — zatrzymanie się peryodu od 3-ch miesięcy. Skarży się na wciąż rosnący od 5 miesięcy guz. Badanie wykazało — wolny płyn w jamie brzusznej, zaś nakłucie — płyn kalloidalny. Laparotomia: w brzuchu 3 do 4-ch litrów płynu kolloidalnego, na dnie—torbiel wielkości głowy dorosłego człowieka — prawostronna pęknięta. Pęknięcie kompletne z rozerwaniem powłoki na pół. Błony surowicze jamy brzusznej, pokryte grubą warstwą włóknika, świadczą, że pęknięcie nastąpiło dawno i wywołało następnie stan zapalny. Po usunięciu płynu z jamy brzusznej w Douglasie znaleziono drugą torbiel, pochodzącą z jajnika lewego, wielkości główki noworodka. Torbiel usunięto — po 14 dniach pacyentka wstała zdrowa.

Następny przypadek dotyczył chorej J. lat 37, skierowanej przez Neugebauera. Chora po 6-cio tygodniowym poronieniu była skrobana na mieś-

cie 5 razy! Stwierdzono chorionepithelioma malignum — usunięto macicę dołem z pozostawieniem częściowo przydatków. Pacyentka wyzdrowiała.

Trzeci przypadek. Torbiel lewego jajnika i wodniak jajowodu. Wnioski, tyczące się I przypadku:

1) przypadki z pękniętą do jamy brzusznej torbielą należy niezwłocznie operować,
2) dla pewności, o ile pęknięcie nastąpiło dawno, lepiej włożyć sączek do jamy brzusznej na 2—3 dni.

II przypadek:

1) w przypadkach chorionepithelioma lepiej usuwać macicę doszczętnie wraz z przydatkami.

W rozprawach nad pokazem Ślaskiego odnośnie I-go przypadku Staniszewski zaznacza, że przypadek Ślaskiego dowodzi, iż zawartość torbieli, pękniętej do jamy otrzewny, nie oddziaływa jednakże krytycznie na życie chorej. Przed kilku laty S. miał przypadek również pęknięcia torbieli podczas badania chorej, pomimo koloidalnej zawartości torbieli, w której to zawartości pływały kiszki, zejście było pomyślne. W tym czasie Sawicki i ś. p. Karczewski mieli podobne przypadki, operowane po pęknięciu torbieli z zejściem śmiertelnem. Badanie pośmiertne nie wykazało przyczyny śmierci i śmierć tłomaczono zatruciem zawartością torbieli.

Z powodu pokazu preparatu macicy przez Ślaskiego, Cykowski zaznacza, iż uważa za niedopuszczalne pastępowanie niewiadomego lekarza, który macicę poporodową poddał dwukrotnie wyskrobaniu na skutek krwawień z niej, lecz wyskrobin pod mikroskopem nie zbadał.

Prócz tego zabierali głos Leśniowski, Stankiewicz Cz., Jakowski Józef oraz Zakrzewski W.

6. *Zaborowski* przedstawił: I. Zwyrodniałą włókniakowato macicę i obustronne przydatki, usunięte z powodu krwiaków jajowodu i torbieli jajników, wypełnionych płynem krwawym. Chora 28-letnia virgo intacta leczyła się od lat 4 na krwawienia maciczne, które w końcu nie odpowiadały już okresom miesiączkowania. Stosowano kąpiele, masaż i elektryzacyę. Ponieważ środki te ulgi nie przynosiły żadnej, chora na stosowanie promieni Roentgena zgodzić się już nie chciała i zwróciła się o pomoc więcej radykalną.

Cięciem nadpochwowem usunięto macicę a następnie, kolejno, po dokładnem zbadaniu poszczególnych narządów, oba jajowody i jajniki. Macica wielkości dużej pięści zawiera jeden wielki włókniak w tylnej ścianie i kilka mniejszych rozsypanych w miąższu. Lewy jajnik przedstawiał się, jako zwyrodniała, wiotka tkanka, pokrywająca torbiel wielkości cytryny, wypełnioną płynem krwawym, który wylał się podczas zabiegu, drugi jajnik w podobnym zupełnie stanie, usunięty został w całości, jako torbiel wielkości jaja kurzego. Jajowody zgrubiałe, nierówne, pozlepiane, wypełnione są płynem krwawym. Nie przesądzając i podając rzecz do dyskusyi, Z. opłakany stan chorej przypisuje zbyt długiemu leczeniu zachowawczemu, wynikiem którego są prawdopodobnie zmiany w przydatkach, których

chora uniknąć mogła, lecząc się wcześniej sposobem operacyjnym lub nie lecząc się wcale.

II. Z. przedstawia przypadek laparotomii, dokonanej z powodu wypadnięcia kiszek cienkich płodu, przyjętych mylnie za kiszki matki.

Przywieziona do szpitalu Św. Zofii, chora opowiada, że przed dwoma laty poddawała się operacyi, po której, jak przestrzegano ją, groziły jej ciężkie i powikłane porody, których radzono jej nie odbywać inaczej, jak w klinice i pod opieką lekarską. Wnosząc ze słów chorej i z wymiaru brzucha, ciążę uważać należy za donoszoną. W obu pachwinach, nad więzami Pouparta widoczne blizny, które pochodzić mogą od jednego z zabiegów, jakie przedsiębrane bywają w celu skrócenia więzów obłych.

Przed sromem leży kłęb kiszek cienkich wielkości głowy noworodka, już zmienionych, sinych, podsychających. Kiszki te są grube, jak palec środkowy dużej męzkiej ręki. Po za tem stan chorej dobry, objawów otrzewnowych żadnych, tętno 100—108. Chora, oczekująca porodu lada chwila, dostała pierwszych bólów przed pięciu godzinami. Podczas jednego z bólów uczuła, że „coś w niej pękło", i zaraz potem przed sromem ukazały się kiszki. Ze względu na stan kiszek, ściśle wypełniających pochwę i zamykających srom, badania przez pochwę, z obawy przed zwiększeniem urazu, nie przedsiębrano i przystąpiono niezwłocznie do laparotomii.

Po otwarciu jamy brzusznej rozpatrzeć się w niej z powodu wielkości macicy, zasłaniającej dolne części jamy, nie można było dokładnie. Chcąc czemprędzej uprzystępnić miejsce pęknięcia i wypadnięte kiszki, macicę opróżniono cięciem cesarskiem. Tu dopiero wyszedł na jaw błąd rozpoznania. Kiszki należały do płodu, a nie do matki. Większość trzew płodu, przedstawiającego zupełne wypadnięcie z powodu braku ściany brzucha, pływała wolno w wodach płodowych i utrzymywana była w jamie macicy matki tylko przez błony płodowe. Z chwilą pęknięcia tych ostatnich i odejścia wód kiszki cienkie wypadły do pochwy i przed srom. Kiszki odcięto nad ujściem wewnętrznem, ażeby uniknąć przeprowadzenia ich z powrotem przez macicę i płód usunięto.

Dalszy przebieg zabiegu nic interesującego nie przedstawiał. Macicę zaszyto, jak zwykle po cięciu cesarskiem. Chora bez żadnych powikłań wyzdrowiała. Płód wyrośnięty, donoszony, głowę, kończyny, kolumnę pacierzową i klatkę piersiową ma prawidłowe. Brak mu natomiast zupełnie narządów płciowych i ściany brzucha. Wątroba, żołądek, nerka prawa, śledziona i kiszki grube i cienkie leżą nazewnątrz otwartej jamy, zupełnie wolne. Na uwagę zasługuje pępowina której długość wynosi zaledwie 18 cm. Łożysko i błony płodowe prawidłowe.

Uniknąć popełnionego w rozpoznaniu i niewinnego zresztą w następstwach błędu było — zdaniem Z. — bardzo trudno. Stan kiszek, które, zważywszy wywiady i ich grubość, brano za kiszki matki, ścisłe wypełnienie pochwy i obawa przed dalszymi urazami, wyłączyły możność dalszego gruntowniejszego badania przez pochwę. Ze względu na pośpiech, kiszki obmyto roztworem soli i przystąpiono czemprędzej do zabiegu doszczęt-

nego. Wątpliwem zresztą wydaje się Z., czy badanie przez pochwę wyjaśniłoby sprawę zupełnie. Nie chcąc narazić kiszek, badać zbyt głęboko i energicznie nie należało. W razie wątpliwości co do pochodzenia kiszek, na którą naprowadzić mógł do pewnego stopnia dobry stan chorej, należało raczej nakłuć jedną z pętli i zbadać szprycką jej zawartość.

W rozprawach nad II pokazem Zaborowskiego Monsiorski zaznacza, że chora ta była operowana przed 2-ma laty w oddziale ginekologicznym Szpitala Wolskiego, gdzie dokonano wyskrobania, zeszycia szyi macicy, plastyki krocza i skrócenia więzów obłych sposobem Alexandra. Co do ciężkości porodu po skróceniu więzów obłych nikt z lekarzy chorej nie uprzedzał, gdyż, zdaniem M., operacya ta nie może dawać żadnych powikłań podczas następnej ciąży lub porodu. Dalej M. wypowiada zdanie, że należało chorą zbadać przez lustro w celu określenia, skąd wypadły jelita.

Prócz tego zabierali głos Krąkowski, Antecki, Szybowski i Staniszewski.

7. ***Ryłko*** przedstawił płód, wydobyty z przestrzeni miedzywięzadłowej, przedstawiającej się pod postacią torbieli grubościennej, zropiałej. Płód mniej więcej 8-miesięczny, okres ciąży 18-miesięczny.

Przypadek ten ciąży pozamacicznej ze względu na szczupłe dane anamnestyczne z powodu małej inteligencyi chorej, jak również ze względu na wyniki badania przedmiotowego, przedstawiał znaczne trudności rozpoznawcze, tembardziej, że i prześwietlanie promieniami Röntgena nie dało nic pozytywnego.

Dolny biegun „torbieli" wszyty był do dolnego kąta rany. Chora wypisała się z zakładu miejskiego przy ul. Karowej w 2 miesiące po operacyi z powierzchowną niewielką ziarniną.

8. ***Antecki*** przedstawił preparat niepękniętej ciąży jajowodowej, usuniętej przez niego przed dwoma dniami u 26-letniej pacyentki N. w szpitalu Ś-go Antoniego przy ul. Topiel 14.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względów rozpoznawczych.

Pacyentka, karmiąca dziecko (10 miesięcy po porodzie), miała ostatni peryod 20 kwietnia r. b., poczem od 13 maja zaczęła krwawić aż do chwil ostatnich. Jednocześnie z krwawieniem zaczęła uczuwać bóle w dole brzucha; nie dosięgały one jednak takiego natężenia, żeby chora zmuszona była pozostawać w łóżku i do ostatnich chwil, aż do operacyi, chora chodziła. Wyraźnych omdleń, wstrząsów w anamnezie nie można było wykryć.

Przy badaniu prócz rzucającej się w oczy anemii chorej (śluzówki zupełnie blade) w tylnem sklepieniu można było wyczuć kiełbasowaty twór wielkości pomarańczy, półruchomy, niebardzo bolesny, otoczony miękką masą, jakby skrzepami. Zrobiono rozpoznanie ciąży pozamacicznej. Jakoteż podczas operacyi znaleziono niepęknięty, ciężarny jajowód, otoczony niewielką ilością skrzepów z lekkim przyrostem esicy, tworzącej nad jamą Douglasa jakby daszek. W jamie brzusznej znaleziono niewielką ilość wolnego krwawego płynu. Przypadek należy odnieść do kategoryi rozpoczętego poronienia jajowodowego z poczynającym się tworzyć krwiakiem pozamacicznym.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 26 września 1913 r.

1. *Monsiorski* przedstawił dwa okazy ciąży zamacicznej jajowodowej. W obu przypadkach przebieg choroby był tak niezwykły, że rozpoznanie nastręczało dużo trudności.

Pierwszy okaz pochodzi od 24-letniej mężatki, która w ciągu lat 4-ch pożycia małżeńskiego ani razu nie urodziła, ani nie poroniła. W pół roku po ślubie zaczęła krwawić. Zrobiono jej dwa razy wyskrobanie macicy bez skutku; chora krwawiła dalej. W półtora roku potem w Petersburgu rozpoznano u niej „zapalenie jajników", leczono, ale również bez skutku.

Przed trzema miesiącami chora zgłosiła się do M., wskazując na krwawienie, trwające od $3^1/_2$ lat. M. znalazł tylko maleńkie powiększenie prawych przydatków. Nie sądząc, aby krwawienie zależało od tych nieznacznych zmian w przydatkach, M. zrobił wyskrobanie śluzówki macicznej. Poprawa trwała kilka dni; chora wkrótce zaczęła znowu krwawić. Kolumnizacye, czopki, gorące irygacye, zastosowane w celu leczenia zmian w prawych przydatkach, nie odniosły skutku. Przystąpiono ponownie do skrobania, tym razem w celu zbadania mikroskopowego śluzówki macicznej. Mikroskop jednak żadnych oznak złośliwości nie wykazał. Nie ulegało tedy wątpliwości, że prawe przydatki są przyczyną krwawienia. Zdecydowano je usunąć, rozpoznając w nich zmiany pochodzenia—prawdopodobnie—rzeżączkowego. Długie leczenie, długa obserwacya, $3^1/_2$ letnie krwawienie doprowadziły chorą do wielkiej niedokrwistości, skóra chorej nabrała barwy zupełnie białej.

Dopiero kiedy po otwarciu brzucha krew płynna zaczęła lać się w olbrzymiej ilości, wtedy zrobiono właściwe rozpoznanie. Jajowód prawy zawierał łożysko i krwistek, otwór brzuszny był otwarty i tędy lała się krew do jamy brzusznej.

Jeżeli teraz zapytamy się, kiedy nastąpiła ciąża jajowodowa, odpowiedź będzie trudna; w każdym razie, zdaniem M., nie można przypuszczać, aby trwała ona $3^1/_2$ roku; jest to sprawa ostatnich miesięcy. Przedtem chora krwawiła niezawodnie z innych powodów, prawdopodobnie—zmian zapalnych w przydatkach. W rezultacie kobieta krwawiąca zachodzi w ciążę — ciążę jajowodową. Żadnych wskazówek rozpoznawczych ze strony peryodu, żadnych bólów, żadnego omdlenia; jedynie tylko—krwawienie maciczne i coraz większa bladość powłok. Jajowód drugi okazał się chorym, zarośniętym; został więc usunięty. Wynik operacyi pomyślny.

Drugi przypadek, niemniej interesujący, powikłany był ostrym atakiem zapalenia wyrostka robaczkowego. Chora lat 20, w lutym roku 1913 zaczęła żyć życiem płciowem. W marcu w okresie peryodu dostała tylko plam w małej ilości. Obawiając się ciąży, udała się do lekarza, który badał ją narzędziami, w następstwie czego wystąpił silny krwotok. Lekarz ów zatamponował chorej pochwę i polecił zgłosić się za parę dni do wyskrobania. Chora tampon wyjęła i wkrótce potem zjawiła się u M.

Badanie nie wykazało powiększenia macicy; krwawienia żadnego; słabe powiększenie lewych przydatków. M. uspokoił chorą, i kazał wrócić

po paru tygodniach dla dalszej obserwacyi. W końcu kwietnia M. nie znalazł również nic nowego u chorej, która znów miała mały i blady peryod. W połowie maja M. został wezwany do chorej, która według słów otoczenia była umierająca. Akuszerka, obecna przy chorej, opowiadała, że 8 maja chora poroniła napewno, że ona sama widziała jaje płodowe. Obecnie zaś objawy dały następujący obraz. Od rana wymioty, brzuch wzdęty, bolesność olbrzymia w punkcie Mac-Burneya, tętno 96, pełne, bladość powłok nadzwyczajna. Chora natychmiast została przewieziona do szpitala. Tu, po naradzie z kolegami — chirurgiem i internistą, postanowiono na razie nie operować i czekać dalszego przebiegu choroby. W stanie chorej nastąpiła tymczasem taka poprawa, że dziesiątego dnia opuściła szpital, aby wyjechać na wieś, a po powrocie poddać się operacyi wycięcia wyrostka robaczkowego à froid. Tymczasem po wyjściu ze szpitala stan chorej pogorszył się; zaczęła dostawać bólów w lewym dole biodrowym. Przy badaniu dwuręcznem M. znalazł tym razem duży guz w lewych przydatkach, o granicach niewyraźnych, miękawy, nieruchomy, mało bolesny. Wobec rozpoznania ciąży zamacicznej M. przystąpił do operacyi, usunął lewy ciężarny jajowód oraz wyrostek robaczkowy zgrubiały, obrzmiały, nieco przekrwiony, zawierający trzy twarde kamienie kałowe. Zdaniem M.—nie ulega wątpliwości, że appendicitis wystąpił już w przebiegu ciąży jajowodowej lewej, i — być może — maskował normalne objawy owej ciąży. Ów shock, którego M. był świadkiem, mógł również dobrze zależeć od zapalenia wyrostka robaczkowego, jako też i od ciąży jajowodowej.

W rozprawach zabierał głos Neugebauer.

2. *Szybowski* przedstawił przypadek ciąży zamacicznej, operowanej przez się w szpitalu Wolskim w dniu 11 lipca r. b. Chora 28-letnia wieloródka ostatni poród miała 7 kwietnia r. b. Około 20 czerwca zjawiło się nagle omdlenie, poczem wystąpiły bóle w dole brzucha oraz krwawienie z części rodnych. Badanie przez pochwę wykazuje, że w okolicy prawych przydatków oraz poza macicą znajduje się guz duży o granicach niejasnych, rozlanych, macica odchylona nieco ku tyłowi i na prawo; przed macicą drugi guz wielkości dużego jabłka dość twardy, robiący wrażenie włókniaka.

Rozpoznano ciążę jajowodową prawostronną pękniętą oraz krwiak pozamaciczny.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że płód z zachowanym pęcherzem płodowym oraz częścią łożyska leżał w zatoce pęcherzowomacicznej i widocznie rozwijał się dalej. Łożysko częściowo znajdowało się w brzusznym końcu prawego jajowodu. Podczas oddzielania jajowodu pęcherz płodowy pękł i płód wypadł do brzucha. Wielkość płodu odpowiadała 3 miesiącom ciąży. Jajowód z krwiakiem wewnątrz był wielkości dużego jaja. W jamie brzusznej masa skrzepów i płynnej krwi. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na umiejscowienie się jaja płodowego w zatoce pęcherzowomacicznej, co stało się powodem do żpzypuszczenia obecności włókniaka. Płód widocznie rozwijał się dalej,

gdyż był zupełnie świeży, a, jak wiadomo, pęcherz płodowy pękł w czasie operacyi. Demonstracya preparatu.

W rozprawach zabierał głos Neugebauer.

3. *Huzarski* przedstawił okaz przypadku Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina sed praesente extrauterina. Chora 36-letnia, zamężna od 16 lat, urodziła 4 razy, ostatni raz przed 9 laty. Ostatnią miesiączkę miała 16 lipca. Gdy 16 sierpnia nie dostała miesiączki, zaczęła stosować rozmaite środki w celu wywołania tejże. Po kilku dniach pokazały się plamy krwiste i odeszła jakaś błonka. W obawie, czy całkowite jaje płodowe wyszło z macicy, udała się do akuszerki, która dokonała jakoby wyskrobania macicy, przyczem wydostała jakieś błony. Po tej manipulacyi chora zaczęła narzekać na bóle w brzuchu, jednak zajmowała się dalej zwykłą swą pracą. Nagle 18 września wieczorem dostała gwałtownych bólów w brzuchu i zemdlała. H., wezwany natychmiast, znalazł bolesność brzucha i wzdęcie, przy badaniu przez pochwę bolesność w lewem bocznem sklepieniu pochwy. Mając podejrzenie na ciążę zewnątrzmaciczną, H. zalecił lód, makowiec, jako też spokój.

Na drugi dzień chora miała znowu lekki atak zapaści. Wobec tego H. nie wątpił już, że ma do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną i skierował chorą do kliniki dla obserwacyi. Następny dzień był znośny, nazajutrz chora zaczęła narzekać na dokuczliwe bóle w brzuchu, ciepłota zwiększyła się do 38°, wobec tego H. zaproponował operacyę, która została dokonaną 18-go września.

Po otwarciu jamy brzusznej lewy jajowód okazał się ciężarnym, usunięto go wraz z jajnikiem. Krwi w jamie brzusznej, jakoteż w dole Douglasa okazało się niewiele. Ranę brzuszną zaszyto szwem 3 piętrowym ze struny, na skórę — klamerki Michela; do jamy otrzewnej włożono sączek z gazy, który został usunięty na 3 dzień. Przebieg pooperacyjny z początku bardzo burzliwy z powodu ostrego rozszerzenia żołądka; po przemyciu żołądka objawy groźne ustąpiły i dalszy przebieg nie pozostawiał nic do życzenia.

Klamerki usunięto na 7 dzień, rychłozrost; otwór po sączku zamknął się samoistnie bardzo szybko. Preparat przedstawia typowy obraz abortus tubarius incompletus. Takie rozpoznanie H. zrobił przed operacyą. Po pokazie preparatu H. wypowiedział kilka uwag na powyższy temat, przyczem przytoczył nowsze przypadki z piśmiennictwa.

4. *Neugebauer* przedstawił okaz pooperacyjny z dziedziny włókniaków macicznych, pochodzący od 32-letniej kobiety, która urodziła dwoje dzieci. Rozpoznano tyłozgięcie macicy włókniakowej oraz uwięźnięcie trzonu macicy tyłozgiętej w jamie Douglasa. N. dziś rano dokonał amputacyi nadpochwowej macicy, pozostawiając jeden jajnik zdrowy, pooczas gdy drugi torbielowato zwyrodniały usunięto.

Preparat interesujący jest ze względu na wygląd włókniaka podśluzowego trzonu macicy. Podczas gdy ściany macicy są twarde, włókniak zdradza zmiękczenie oraz różni się kolorem od samej macicy. Włókniak miękki posiada barwę czerwoną wskutek zastoinowego przekrwienia, wywołanego

uwięźnięciem tyłozgiętej macicy w jamie Douglasa. Stan taki niemcy nazywają „rote Erweichung“, jest to wstęp do przyszłej zgorzeli włókniaka.

Neugebauer w tem miejscu wspomina o przypadku niedawno demonstrowanym na posiedzeniu ginekologicznem. Operował chorą wskutek krwiaka zamacicznego przy poronieniu jajowodowem. Macica okazała się powiększoną znacznie, jak w 4 miesiącu ciąży, a więc o wiele więcej, niż to zwykle bywa w ciąży ektopicznej jako skutek tak zwanego współczulnego przerostu macicy w ciąży pozamacicznej. Podczas oględzin macicy podczas operacyi powstało pytanie, czy chodzi o równoczesną ciążę maciczną równoczesnego pochodzenia, czy też o włókniak macicy. Podług zasad nowoczesnych, gdy istnieje ciąża bliźniacza równoczesna heterotopiczna wypada zawsze usunąć, gdy operacya jest zdecydowana, tylko ciążę pozamaciczna, nie ruszać zaś macicy ciężarnej, ponieważ w bardzo wielu przypadkach ciąża maciczna dalej rozwija się pomimo zabiegu oporacyjnego co do ciąży zamacicznej. Neugebauer w kazuistyce 170 przypadków heterotopicznej ciąży bliźniaczej pochodzenia równoczesnego w roku 1967 zestawił 170 takich przypadków, obecnie zaś wysłał do druku do Wiednia nowy przyczynek do tej kwestyi, obejmujący 73 nowych spostrzeżeń tego rodzaju. W danym przypadkn Neugebauer przypuszczał, że być może — chodzi o równoczesną ciążę maciczną i macicy nie ruszał, pomimo, że na powierzchni macicy widać było dwa małe włókniaki podsurowicze. Chora wkrótce szpital opuściła, lecz już po kilku tygodniach powróciła do Warszawy. Ponieważ wtedy Neugebauer, będąc na urlopie, bawił zagranicą, chora zwróciła się do d-ra Janczewskiego. Skonstatował wtedy dr. Janczewski obecność rodzącego się do pochwy włókniaka macicznego w początkującym rozkładzie będącego i przy pomocy hysterotomiae anterioris medianae włókniak usunął. Chora wkrótce po operacyi powróciła do domu.

Neugebauer uważa, że włókniak dziś przez niego demonstrowany przedstawia początkowe stadium zgorzeli włókniaka w porównaniu do włókniaka usuniętego przez d-ra Janczewskiego. Przyczyny, dla czego włókniak w przypadku ciąży zamacicznej uległ zgorzeli, Neugebauer wyświetlić nie jest w możności. Chora na przebiegu sprawy zyskała dzięki temu, że Neugebauer przy operacyi swego czasu macicy nie usunął i dzięki temu, że włókniak w następstwie uległ zgorzeli, co chorą zmusiło do powrotu do Warszawy dla zakończenia kuracyi. Chora pozbyła się niebezpieczeństwa, związanego z ciążą ektopiczną i pozbyła się włókniaka macicznego, zachowując nadzieję na macierzyństwo, której niechybnie byłaby musiała się wyrzec, gdyby Neugebauer przy operacyi, przez niego dokonanej, macicę wyciął lub amputował.

5. *Brynaza-Nacki* opowiedział o przypadku rupturae uteri intra graviditatem — Foetus maturus in parametrio sinistro, placenta in cavo uteri: expulsio foetus intra parametrium sinistrum cum haematomate parametrii sinistri. — Koeliotomia.

D. 9 września r. 1913 Br. został wezwany do położnicy dla wykonania cięcia cesarskiego. Br. udał się do chorej wraz z kol. Gutkowskim. Zastał położnicę pierwiastkę, włościankę lat 34, bladą, kolosalnie wycieńczoną

i zmęczoną, z tętnem 104, przy ciepłocte 37,8. Chora siedziała na brzegu krzesła, nie będąc w stanie zająć innej pozycyi. Przed 9 miesiącami miała ostatni peryod; w trzecim miesiącu ciąży poczuła silne bóle w dole brzucha, które nie opuszczały jej prawie przez cały czas trwania ciąży.

Od tej chwili chora uczuła się osłabioną do tego stopnia, że musiała wyrzec się wszelkiej pracy. Przed tygodniem bóle znacznie powiększyły się i chwilami były tak silne, że chora z bólu krzyczała. Zaczynając od 7-go miesiąca ciąży chora oddawała mocz często, lecz w bardzo nieznacznej ilości. Objaw ten potęgował się w miarę zbliżania się końca ciąży.

Baba wiejska, która spełniała rolę akuszerki, twierdziła, że jeszcze czas, gdyż główka nie pokazuje się — wobec czego lekarza nie wzywano. Dopiero przed 2-ma dniami wezwano lekarza z odległego o 22 wiorsty miasteczka. Kolega ten nie mógł wymacać żadnej części płodu, lecz miał wrażenie, że słyszał tętno płodu. Chora ruchy czuła.

Badanie zewnętrzne wykazuje: Brzuch chorej nadmiernie wzdęty i nadzwyczaj bolesny. O badaniu wewnętrznem bez uśpienia nie mogło być mowy. Na zasadzie badania zewnętrznego ciąży rozpoznać nie można było; jedynie tylko gruczoły mleczne zupełnie rozwinięte z typową ciemną obwódką i z obfitą ilością siary, jak również i wywiady wskazywały na ciążę. Ze względu na wyczerpanie chorej i ciężki stan, oraz na to, że przewiezienie chorej do Warszawy przedstawiało duże trudności (38 wiorst boczną drogą do najbliższej stacyi kolejowej) Br. zdecydował przystąpić do operacyi na miejscu. Przy badaniu wewnętrznem w uśpieniu znaleziono tylne sklepienie pochwy bardzo wypuklone i wypełnione jakby ciałem miękkiej, gąbczastej spoistości. Szyja maciczna leżała po prawej stronie bardzo wysoko, zaledwie dostępna dla palca, twarda z małą szczeliną poprzeczną, nie czyniła wrażenia szyi macicy ciężarnej.

Po otwarciu jamy brzusznej natrafiono na zrosty w dolnej części brzucha, wobec czego przedłużono cięcie aż do mostka. Na razie natrafiono na guz nieokreślonego pochodzenia, nie robiący wrażenia macicy ciężarnej, w jednem zaledwie miejscu przy bardzo głębokim ucisku wyczuto jakby część płodu. Obejść guz ręką z boków lub od góry nie można było z powodu zbytniej wielkości tegoż w stosunku do rany brzusznej, przeto przecięto guz po linii środkowej i natrafiono na tkankę miękką, gąbczastą, nie krwawiącą, grubości kilku centymetrów. Wtedy dopiero znaleziono płód nieco zmacerowany, ze wszystkiemi oznakami płodu donoszonego. Po wydobyciu płodu Br. wprowadził rękę do jamy guza i po pępowinie płodu doszedł do łożyska, przyczem ręka wdrążyła do jamy brzusznej aż pod prawy brzeg wątroby. Po wyjęciu płodu wielkość guza była taka, że i wtedy jeszcze nie można było obejść go ręką ze strony jamy brzusznej. Zaczęto więc oddzielać ową przeciętą tkankę od otoczki. Manipulacya ta odbyła się dość łatwo i prawie bezkrwawo. Oddzielono płat tkanki grubości kilku centymetrów, znacznej szerokości i grubości. Dopiero po oddzieleniu tego płata tkanki można było stwierdzić, z czem miano do czynienia. Pod prawym brzegiem wątroby leżała macica, której trzon był połączony ze szyją li tylko wązką smugą ściany macicznej prawostronnej, a więc nastąpiło

oderwanie się trzonu od szyi. Macica wielkości 4-ch miesięcy ciąży wykazała podłużne pionowe pęknięcie lewego boku, drążące do przymacicza lewego. Łożysko znajdowało się w jamie macicy na dnie. Otwór pękniętej macicy łączył się z przestrzenią pomiędzy listkami lewego więzadła szerokiego, wypełnioną przez płód oraz ów zagadkowy na razie płat tkanki. który okazał się po części organicznym krwistekiem. Pęknięcie macicy prawdopodobnie nastapiło w 3—4 miesiącu ciąży wskutek jakichś zmian patologicznych w samej ścianie macicy, płód przedostał się do więzadła szerokiego i tam rozwijał się; krew zaś, która sączyła się do więzadła szerokiego na skutek ucisku ze strony ścian więzadła i rozwijającego się płodu, uformowała z czasem gruby płat tkanki, okrywający cały spód dokoła. Wymiary krwisteka przemawiają za powolnem, lecz przewlekłem krwawieniem, w przeciwnym razie bowiem szybka utrata tak znacznej ilości krwi wywołałaby odrazu obraz ostrej bezkrwistości, czego wywiady nie wykazują. Dalszy ciąg operacyi nie przedstawiał żadnych trudności. Oderwaną macicę usunięto wraz z pozostałą częścią szyi, jamę więzadła szerokiego lewego wysączkowano od strony pochwy, wycinając ściany jamy, o ile się dało. Pozostałą część więzu zszyto szwem ciągłym od strony jamy brzusznej, Zeszycie powłok brzusznych. Wobec odmowy ze strony męża chorej Br. nie mógł zabrać okazu operacyjnego, czego żałować wypada w interesie ściślejszego zbadania naukowego tak rzadkiego spostrzeżenia. Po kilku dniach Br. miał wiadomość, że chora żyje.

W rozprawach Rybicki zaznacza, że przed laty wielu spostrzegał w Skierniewicach przypadek ciąży zamacicznej w 7-ym lub 8-ym miesiącu ciąży; płód dawał wyczuwać się przez ściany brzucha i był przesuwalny— obok w dole jamy brzusznej powiększona macica—płód był nieżywy—stan ogólny ciężarnej wogóle zadawalający. Nie mogąc podać pomocy w tym przypadku — odesłał ciężarną pod opiekę Neugebauera do Warszawy. Co stało się z nią następnie — nie wie.

BR. SZYBOWSKI.

Ś. p. Adam Mincer.

Gremium wydawnicze naszego pisma poniosło dotkliwą stratę: w d. 11 lutego r. b. zmarł przedwcześnie Dr. Adam Mincer w 46 roku żywota.

Po ukończeniu gimnazyum w Piotrkowie, A. Mincer studyował nauki lekarskie na uniwersytecie Warszawskim, który ukończył w r. 1895.

Pierwsze 4 lata poświęcił zawodowi ogólnochirurgicznemu, uczęszczając najpierw do oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus, następnie — na klinikę chirurgiczną w szpitalu Ś-go Ducha. Wówczas udał się ś. p. Mincer do Paryża, gdzie w klinice najpierw Guyona, następnie zaś Albarrana poświęcił dwa lata dokładnemu wystudyowaniu nowoczesnej urologii. Studya te uzupełnił zwiedzeniem odnośnych klinik angielskich i niemieckich, poczem powrócił do Warszawy, jako należycie przygotowany specyalista-urolog.

Tu w r. 1905 stanął do konkursu i otrzymał stanowisko ordynatora w nowoutworzonym oddziale urologicznym w szpitalu S-go Ducha. Oddział ten, na razie bardzo skromny, powoli dzięki długoletnim, wytrwałym zabiegom doprowadził do stanu niewątpliwie na nasze stosunki wzorowego. Dzięki kilkoletniej wytrwałej pracy doszedł sam do dużego doświadczenia w swojej specyalności, i przyczynił się niemało do rozwoju tej do niedawna poniekąd zaniedbanej u nas gałęzi medycyny.

Ś. p. Mincer był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i członkiem korespondentem Towarzystwa urologiczaego w Paryżu.

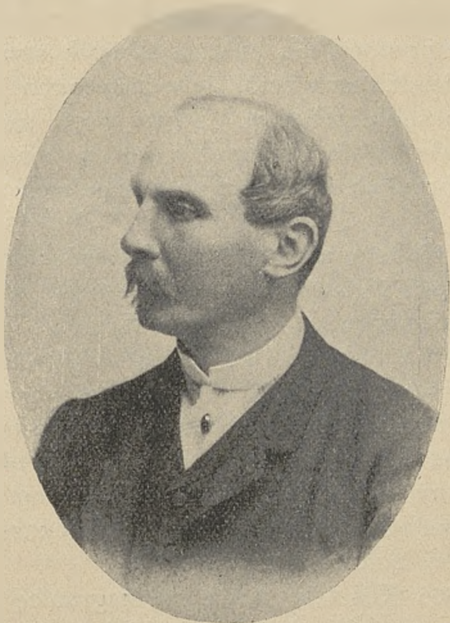
Zaprzątnięty zabiegami dokoła udoskonalenia i zorganizowania oddziału, do nabycia doświadczenia osobistego, został ś. p. Mincer znienacka a przedwcześnie zaskoczony śmiertelnem cierpieniem, nie miał tedy czasu oddać się pracy naukowoliterackiej, stąd — liczba prac jego, ogłoszonych drukiem, nie jest duża. Ogłosił on: „O leczeniu zwężeń cewki" (Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie), „O przeroście gruczołu krokowego. Cewnik i cięcie nadłonowe przy zakażeniach dróg moczowych w następstwie zmian gruczołu krokowego" (Gazeta Lekarska, 1900), „Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii" (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1901), „O usuwaniu gruczołu krokowego" (Medycyna i Kronika Lekarska, 1910).

Prócz tego ś. p. Mincer brał żywy udział w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, szczególniej — w posiedzeniach chirurgicznych, przedstawiając szereg chorych i preparatów i uczestnicząc w odnośnych rozprawach.

Cześć Jego pamięci!

Redaktor A. Leśniowski. Wydawca C. Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.



Ś. P.

JULJAN KOSIŃSKI

1833 — 1914

(WSPOMNIENIE POŚMIERTNE).

Wszechświatowej sławy chirurg, znakomity dyagnosta, doskonały lekarz, b. profesor Szkoły Głównej, a następnie długoletni profesor Uniwersytetu Warszawskiego, Juljan Kosiński po długiem pracowitem i zbożnem życiu w dniu 24 marca r. b. rozstał się z tym światem.

Niepospolita indywidualność, umysł światły i wysoce zrównoważony, żelazna wola, wytrwałość czynu, wielka chętność i gotowość do pracy społecznej posta-

wiły zmarłego na przodującem stanowisku w naszem społeczeństwie, a niezwykły takt i łagodność w obejściu, wyrozumiałość dla otoczenia, współczucie rzeczywiste dla cierpiącej ludzkości i hojna dłoń w pomocy dla nieszczęśliwych stworzyły mu liczne kręgi wielbicieli, przyjaciół i wdzięcznych we wszystkich sferach naszego społeczeństwa. Strata więc, jaką przez śmierć Jego ponosi całe społeczeństwo nasze, a z niem i chirurgia polska, jest olbrzymia i w naszych warunkach trudna do powetowania.

Urodzony 16 listopada 1833 w Kowieńskiem, po ukończeniu szkoły średniej w Kiejdanach, J. Kosiński studya lekarskie odbywał w Petersburgu w Akademii Medyko-Chirurgicznej, po których ukończeniu w roku 1858 zaczął odbywać w Warszawie wojskową powinność lekarską. W następnym roku otrzymuje nominacyę na ordynatora w szpitalu Ujazdowskim. W r. 1860 po otrzymaniu od Rady lekarskiej Królestwa Polskiego stopnia doktora medycyny Kosiński zostaje prosektorem przy katedrze anatomii opisowej początkowo w Akademii Lekarskiej Warszawskiej, następnie w Szkole Głównej.

W roku 1865 Kosiński udaje się zagranicę i tam w klinikach francuskich, angielskich i niemieckich gorliwie pracuje nad pogłębianiem swej wiedzy klinicznej, jednocześnie zaś oddaje się studyom nad podstawowymi przedmiotami wiedzy lekarskiej, jak histologia i anatomia patologiczna.

Po powrocie do kraju w roku 1869 otrzymuje stanowisko profesora nadzwyczajnego chirurgii operacyjnej w Szkole Głównej, w następnym zaś roku po przemianowaniu tej uczelni na Uniwersytet Warszawski zostaje mianowany profesorem nadzwyczajnym kliniki chirurgicznej szpitalnej, mieszczącej się w dawnym szpitalu Dzieciątka Jezus Na stanowisku tem, zdobywając coraz większy rozgłos i sławę, pozostaje do r. 1878, poczem jako już wybitny chirurg przechodzi do szpitala Ś-go Ducha na stanowisko profesora zwyczajnego kliniki chirurgicznej wydziałowej. Tutaj przeżywa okres złoty swojej działalności. Sława jego zatacza coraz szersze kręgi, tysiące garną się do tej kliniki, w której Jego głęboka wiedza i doświadczenie jednym przywraca życie i zdrowie, drugich kształci w sztuce lekarskiej. W tym to czasie szpital Ś-go Ducha przez współ-

pracownictwo takich powag, jak prof. Kosiński, prof. L. Neugebauer i doktorzy Pawiński i Sokołowski zyskuje sobie daleko po ziemiach polskich rozgłos i sławę dla chorych jako Mekka, dla młodzieży zaś — jako rzeczywista alma mater. Więc też współtowarzysze tej owocnej pracy Kosińskiego, jak również wdzięczni uczniowie, jeszcze za życia, bo w roku 1899, kiedy już jako zasłużony od lat kilku profesor Warszawskiego Uniwersytetu opuszczał tak umiłowaną przez siebie klinikę, czczą Jego zasługi przez wmurowanie popiersia bronzowego na tej sali, która była świadkiem tej pięknej działalności Kosińskiego.

W roku 1900, z okazyi swego 100-letniego jubileuszu, Królewska Akademia Chirurgiczna w Londynie (Royal College of Surgeons) ofiarowuje Kosińskiemu zaszczytną godność jednego z nielicznych honorowych członków (Honorary Fellow), wybranych w dniu tym z pomiędzy chirurgów świata całego.

Po ustąpieniu z uniwersytetu Kosiński, nie zrywając z chirurgiczną swoją działalnością, oddaje się z zapałem pracy społecznej. Pogotowie Ratunkowe, Tow. Hygieniczne, Hygiena praktyczna imienia Prusa, Szkoła Mazowiecka, Tow. Naukowe i wiele innych instytucyi są polem jego obywatelskiej działalności.

Jako chirurg Kosiński odznaczał się piękną techniką, umiejętnością robienia doskonałych rozpoznań i nadzwyczajnym darem klinicznej obserwacyi. Dokładna znajomość anatomii i wielka biegłość w preparowaniu, nabyta na stanowisku prosektora przy katedrze anatomii opisowej i w których Kosiński do końca życia celował, wyróżniały go pomiędzy współzawodnikami i były podstawą do zdobycia tej mistrzowskiej techniki operacyjnej, która zdobyła mu rozgłos szeroki daleko nawet poza granicami naszego kraju. W operowaniu Kosińskiego uderzały wielki spokój, celowość i pewność wszystkich ruchów i doskonały plan postępowania operacyjnego. Wpływało to znakomicie na szybkość operacyi, pomimo, że w operowaniu Kosińskiego nie widać było pośpiechu. Kosiński był wrogiem brutalnego obchodzenia się z raną i tkankami, nie pozwalał też sobie nigdy rany szarpać, rozdzierać lub miażdżyć, operował ściśle anatomicznie, posiłkując się instrumentami, jaknajmniej sta-

rając się dotykać rany rękami. Miało to ładny estetyczny wygląd i korzyść, że operując w czasach przedantyseptycznych i przedaseptycznych miał wyniki znacznie lepsze od swoich współczesnych. Aczkolwiek sam wychowany w czasach przedantyseptycznych, jednak miał wysokie poczucie czystości ogólnej i surowo przestrzegał jej wszędzie, nie ograniczając się tylko do miejsca operowanego, lub sali operacynej. Stąd też, gdy w 1897 r. na międzynarodowym kongresie w Rzymie przedstawił rezultaty dokonanych przez siebie 400 laparotomii, wynikami swymi wprowadził w podziw obecnych.

Wszystkie ważniejsze okresy rozwoju naszej chirurgii są ściśle związane z Jego imieniem. Pierwszy w Warszawie wykonał cięcie brzucha z powodu torbieli jajnika, zapoczątkowywując tem rozwój wielkiej ginekologii, w której celował. Celował również w operacyach kiszkowych, pozostawiając, jako dowód swego doświadczenia w tym dziale, dwie wartościowe prace: „Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelit“ (1888) i „31 rezekcyi kiszek“ (1893). Dużo pracował w chirurgii dróg moczowych i jeden z pierwszych wprowadził u nas operacyę Maisonneuve'a, już w r. 1881 ogłaszając wyniki 103 tych operacyi. Nadzwyczajna zręczność i czucie w rękach sprawiały, że świetne miewał wyniki nawet w przedaseptycznych czasach po litholapaxia'ch. Ulubionemi Jego operacyami były operacye plastyczne i przyznać należy, że wyniki osiągał nadzwyczajne. Oprócz wielkiej chirugii, którą tak mistrzowsko uprawiał, zaznaczyć należy, iż bardzo biegle rozpoznawał, pomimo nieistnienia jeszcze promieni Roentgena, i leczył wszelkie złamania, i niepomyślne wyniki miewał b. rzadko.

Nadzwyczajnie staranny w zbieraniu wywiadów, obdarzony niezwykłym darem spostrzegawczym, ścisły i logiczny w rozumowaniu celował Kosiński w robieniu rozpoznania i wielką do tego przywiązywał wagę, aby podczas operacyi znajdował potwierdzenie swoich rozpoznań. W badaniach swych starał się każdy znaleziony szczegół oświecić wszechstronnie, potwierdzić go różnymi sposobami badania. Miał przytem wiele własnych metod badania. O wielkiej np. pomysłowości w badaniach może służyć Kosińskiego sposób określenia, która nerka jest chora. Sposób ten, używany na długo przed wprowadzeniem cewni-

kowania moczowodów, dzisiaj nie posiada już tej wartości, lecz wtenczas był jedynym prawie sposobem określenia tak ważnego pytania.

Największym może z przyrodzonych darów Kosińskiego była niepospolita zdolność do obserwacyi klinicznej. Najdrobniejsze napozór objawy nie uszły jego uwagi i ze znaczenia ich dla rozpoznania umiał po mistrzowsku wyprowadzać wnioski, wprowadzając tem w podziw swoje otoczenie.

Trzeba jednak dodać, że w badaniu chorych był bardzo drobiazgowy i sumienny, unikał robienia rozpoznania à coup d'oeuil, lecz każde Jego rozpoznanie było logicznie przeprowadzoną indukcyą. Nieprzyjacielem też był Kosiński stawiania rozpoznania na zasadzie tylko analiz lub pojedyńczych badań. Zawsze na pierwszym planie stawiał kliniczną obserwacyę, wszelkie zaś analizy uważał tylko, jako niezbędne potwierdzenie tej obserwacyi. Nie wynika z tego, żeby Kosiński odrzucał wartość tych badań, przeciwnie — w żadnej ze współczesnych klinik nie były tak w użyciu różne dodatkowe badania wydzielin, ropy, guzów jak w klinice Kosińskiego. Wymagał on nawet, żeby badania te były dokonywane podczas samej operacyi i w ten sposób pierwszy też w Warszawie wykrył promienicę.

We wskazaniach do operacyi Kosiński był bardzo ostrożny. W słowie i czynie przeprowadzając zasadę „primum non nocere“, Kosiński nie robił nigdy operacyi dla operacyi! W cięższych przypadkach operacya jego zdaniem była wskazana tam tylko, gdzie spodziewany wynik mógł równoważyć niebezpieczeństwo samego zabiegu i przynieść korzyść choremu. W razie, jeśli spodziewany wynik nie obiecywał choćby tymczasowej ulgi, Kosiński operacyi nie zalecał.

Bardzo surowy i wymagający od współpracowników, Kosiński w obejściu z chorymi był wzorem łagodności, wyrozumiałości i cierpliwości. Zarówno dla bogatych jak i biednych, dla możnych i maluczkich Kosiński był jednaki w obejściu, w każdym, który zasięgał jego rady, widział cierpiącego bliźniego i można śmiało powiedzieć, że był on jednym z nielicznych, niestety, lekarzy, którzy leczą chorych, a nie choroby. Dziwny też wpływ wywierał na swoich pacyentów, którzy, ma-

jąc bezgraniczne zaufanie, zwracali się do niego jak do słońca, żeby w jego spokojnych, łagodnych oczach znaleźć promień nadziei i uspokojenia.

Będąc sam bardzo obowiązkowy, od swoich współpracowników wymagał bardzo wiele i z żelazną wytrwałością, przeprowadzając w klinice wszystkie swoje zarządzenia, przyzwyczajał wszystkich do systematycznej, planowej roboty, stwarzając tem swoją szkołę.

Wysoko ceniąc godność swojego stanu, Kosiński kochał szczerze swój zawód, uważając go jako sztukę — ars: daleki od nizkiej zawiści i intryg, nigdy nie odzywał się źle nawet o swoich wrogach.

Surowy, chociaż sprawiedliwy, jako zwierzchnik, poza kliniką był Kosiński starszym kolegą i szczerze dążył do serdecznej zażyłości ze swoimi współpracownikami, kiedy zaś obdarzył kogo przyjaźnią, to obdarzał ją już bez żadnych zastrzeżeń.

Jako nauczyciel, odznaczł się Kosiński jasnością i zwięzłością swego wykładu. Pojmując ważność klinicznego wykształcenia dla przyszłych lekarzy, starał się nie obciążać swoich słuchaczy teoryą, lecz, nawiązując swój wykład do poszczególnego przypadku, starał się udzielać słuchaczom wszystkich tych wiadomości, które zdobył przez głęboką wiedzę i długoletnie doświadczenie. Nadewszystko zaś poza lekarskiem wykształceniem starał się rozwinąć w swych uczniach humanitarne uczucia względem cierpiącej ludzkości.

Jednocześnie z działalnością profesorską i lekarza praktyka nie zapomniał Kosiński i o stronie naukowej. W całym szeregu komunikatów, wygłoszonych w Towarzystwach naukowych lub zjazdach lekarskich, przedstawiał Kosiński zajmujące i rzadsze przypadki ze swojej rozległej praktyki, oprócz zaś tego pozostawił kilka prac o charakterze teoretycznonaukowym i kilka doskonałych prac klinicznych, które znakomicie odzwierciadlają Jego krytyczny umysł i wielkie doświadczenie.

Poza wielkiemi zasługami na polu zawodowem niemniejsze położył Kosiński i na polu pracy społecznej. Jako jeden z założycieli Tow. Hygienicznego i pierwszy jego prezes, gorący udział brał w powstaniu i rozwoju tej instytucyi. Za jego też prezesury zapoczątkowane były tak ważne instytucye, jak insty-

tut Lanvala, ogródki im. E. Raua, i zapoczątkowana przez D-ra Dunina, a urzeczywistniona pod egidą Towarzystwa Hygienicznego — Rudka. W Pogotowiu Ratunkowem czynny udział brał, jako pierwszy viceprezes i członek zarządu. Wielkie zasługi położył i gorącym był propagatorem Tow. hygieny praktycznej im. Prusa. W ostatnich latach umiłował sobie szkołę mazowiecką i jako jej protektor wielce przyczynił się do budowy specyalnego dla niej gmachu. Ustosunkowany przez swoje stanowisko i mający w różnych sferach duże wpływy, nabyte przez swoje zasługi i zalety towarzyskie, Kosiński nieraz ratował różne zagrożone społeczne i szkolne instytucye. W roku 1907 Kosiński uczestniczy, jako jeden z założycieli Tow. Naukowego w Warszawie. Materyalne poparcie również hojną dłonią udzielał, najszczodrzej zaś obdarował z okazyi swego jubileuszu kasę podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po nich pozostałych. Niemniej ważną rolę odegrał Kosiński i w historyi szpitalnictwa naszego, gdyż jako członek wydziału szpitalnego przy magistracie warszawskim, przez znajomość jego braków i śmiałe wypowiadanie zdania i energiczne orędownictwo nieraz wpływał na zaspakajanie tych braków i wprowadzanie wielu ulepszeń.

Do ostatnich dni swego pracowitego żywota Kosiński nie przestawał interesować się postępami umiłowanej przez siebie chirurgii i wszystkiemi sprawami, dotyczącemi naszego kraju. Przykuty do łoża w ostatnich miesiącach swego życia, chętnie jednak rozprawiał o wszystkich ważniejszych wydarzeniach naszego życia i z właściwą sobie jasnością umysłu krytycznie i trafnie wypowiadał swój sąd.

Pogodnie i z przeświadczeniem godnego spełnienia obowiązku dożywał ostatnich chwil swojego życia!

Cześć znakomitemu lekarzowi, cześć dzielnemu obywatelowi, cześć Jego pamięci!

WITOLD HORODYŃSKI.

Niżej podajemy szczegółowy wykaz prac ś. p. Kosińskiego.

Prace oryginalne.

1. Pięciokrotne wycięcie i odrodzenie się mięsaka na prawem ramieniu w ciągu 16 lat. Klinika, 1866.

2. Rana potłuczona głowy, zgorzel kości ciemieniowej prawej. Bezwład połowy ciała. Ropień mózgu, otworzenie tegoż za pomocą cięcia. Wyzdrowienie. Klinika, 1866.

3. Podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej prawej w celu wyleczenia tętniaka sposobem Brasdora. Klinika, 1869.

4. Odczyt wstępny z chirurgii operacyjnej. Klinika, 1869.

5. Tętniak tętnicy podkolanowej. Klinika, 1869.

6. Brak tętnicy szyjowej wspólnej. Gaz. lekarska, 1868. Praca powyższa była przeczytana w Société anatomique de Paris.

7. Do historyi nauki o powstawaniu ropy z białych ciałek krwi. Gaz. lekarska, 1868. Ta sama praca w Wien. med. Wochenschrift.

8. Neuroma multiplex, Heilung durch Neurectomie. Centralbl. f. Chirurgie, 1874. Ta sama praca po angielsku Med. Times and. Gaz.

9. Vollständige Extirpation des Kehlkopfes. Ctbl. f. Chirur. 1877.

10. Dwie owariotomie. Gaz. lekarska, 1880.

11. Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej; wyższość operacyi Maisonneuvea nad innemi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej w 103 przypadkach stwierdzona. Gaz. lekarska, 1881.

12. Operowanie guzów hemoroidalnych za pomocą podwiązania. Medycyna, 1882.

13. Chrzęstniak klatki piersiowej. Medycyna, 1885.

14. Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszek. Medycyna, 1885.

15. Wycięcie nerki. Medycyna, 1886.

16. Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewny. Medycyna, 1888.

17. Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelit. Medycyna, 1888.

18. 31 rezekcyi kiszek. Medycyna, 1893.

19. O wycięciu nerki, zestawienie 15 operowanych przypadków. Medycyna, 1893.

20. O promienicy brzusznej ze względu na jej podobieństwo kliniczne do nowotworu. Medycyna, 1894.

21. Torbiel żołądkowootrzewnowa. Medycyna, 1898.

22. Cięcie przełyku. Medycyna, 1897.

23. Guz mózgu w okolicy brózdy Rolanda lewej. Medycyna, 1898.

24. Wrodzone torbielowate przeistoczenie nerki przy zupełnym braku naczyń nerkowych. Wycięcie torbieli u dziecka 16-miesięcznego. Medycyna, 1899.

Komunikaty na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

1. Otwór w podniebieniu twardem przenikający do jamy nosowej. 1863.
2. Rana postrzałowa z rozerwaniem tętnicy udowej. 1863.
3. Wypiłowanie całkowite jednostronne szczęki górnej. 1866.
4. Wycięcie szczęki górnej całkowite jednostronne. 1866.
5. Encephalocele cum hydrocephalo. 1866.
6. Wyłuszczenie całej szczęki dolnej. 1866.
7. O połączeniu gałęzi trzewiowych z gałęziami ściennemi aorty brzusznej. 1866.
8. Elephanthiasis cutis congenita. 1866.
9. Skuteczność opatrunku ran kwasem karbolowym. 1868.
10. Ropień mózgu. Wyzdrowienie. 1869.
11. Wyłuszczenie przerosłych gruczołów limfatycznych. 1869.
12. Przyrząd Guerina zmodyfikowany przez Maisonneuvea dla ran po operacyach. 1869.
13. Nadliczbowe trzecie jądro. 1869.
14. Aneurysma trunci anonymi. 1869.
15. Lymphosarcoma ogromnych rozmiarów. 1869.
16. Rak nabłonkowy wargi dolnej. Operacya plastyczna własnego pomysłu. 1869.
17. Rak nabłonkowy lewego skrzydła nosa. Operacya plastyczna. 1869.
18. O epidemicznem pojawieniu się zapalenia ślinianki przyusznej i gruczołów podżuchwowych. 1869.
19. Rhinoplastica totalis. 1869.
20. Nowotwór krtani. 1869.
21. Papilloma pigmentosum. 1869.
22. Aneurysma arterio-venosum art. popliteae. 1869.
23. Operacya rozcięcia zrostów nagłośni z krtanią. 1870.
24. Szpilka podwójna w pęcherzu moczowym młodej dziewczyny. 1870.
25. Cheiloplastica u 83-letniego starca. 1870.
26. Nerwoból twarzy 5 lat trwający. Przecięcie nerwu zębowego dolnego z dobrym skutkiem. 1871.
27. Niektóre spostrzeżenia nad tracheotomią. 1871.
28. Napady epileptyczne po wyjęciu kawałka kości czaszkowej. 1871.
29. Leczenie wrzodów chronicznych za pomocą przeniesienia części zdrowego naskórka. 1871.
30. Cysticercus w tkance łącznej podskórnej. 1871.
31. Przepuklina udowa uwięziona. 1871.
32. Resectio genus. 1871.

33. Dwa przypadki tętniaków tętniczożylnych. 1871.

34. Uwagi o niektórych przypadkach przetoki pochwowopęcherzowej. 1872.

35. Operacya plastyczna dokonana u młodej dziewczyny z powodu przyrodzonego braku górnej ściany cewki moczowej. 1872.

36. Neuromata multiplicia na kończynie dolnej. 1872.

37. Operacya nowotworu, znajdującego się poza gardzielą. 1872.

38. Hernia abdominalis incarcerata. 1872.

39. Condurango. 1872.

40. Anomalia powstawania art. thyreoideae super. (początek z tętnicy dogłowowej wspólnej). 1872.

41. Tętniak podkolanowy. 1872.

42. Wypadek uogólnienia się raka drogą naczyń krwionośnych. 1872.

43. Przetoka pęcherzowopochwowa operowana podczas ciąży. 1872

44. Epulis odjęty wraz z częścią szczęki podczas ciąży. 1872.

45. Tężec przy zwichnięciu obustronnem dolnej szczęki, wyzdrowienie. 1872

46. Dwie owariotomie. 1873.

47. Wypadek elephanthiasis Grecorum. 1873.

48. Uwięzienie kiszek wewnętrzne. 1873.

49. Połknięcie dwudziestu kilku igieł.

50. Olbrzymiej wielkości włókniak w okolicy lędźwiowej (fibroma molluscum). 1873.

51. Zgorzel palca zaciśniętego żelazną obrączką, jaka miała służyć jako środek przeciw padaczce. 1873.

52. Ovariotomia. 1873.

53. Torbiel obustronny jajnika niezwykle powikłana. Ovariotomia. 1873.

54. Odradzanie kości po wypiłowaniu. 1874.

55. Kostniaki na podniebieniu twardem. 1874.

56. Carcinoma sarcomatodes na bocznej lewej ścianie gardziela na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczowej. 1874

57. Operacya wycięcia kiszki prostej rakiem dotkniętej. 1874.

58. Kaszak wielkości pomarańczy ponad uchem. 1874.

59. Tętniak w przegubie łokciowym uleczony samodzielnie, bez żadnej chirurgicznej operacyi. 1874.

60. Cztery przypadki kruszenia kamienia pęcherzowego. 1874.

61. Z kliniki chirurgicznej. 1874.

62. Ostre zapalenie okostnej i kości szczęki dolnej, zgorzel, rezekcya. 1874.

63. Wycięcie trzech rakowców na rozmaitych częściach twarzy. 1874.

64. Ostra recydywa raka po odjęciu prawej piersi, nowotworem tym dotkniętej.

65. Rhinoplastica. 1875.

66. Guz myoma, rozwijający się między listkami sieci. 1875.

67. O polipach nosogardzielowych. 1875.

68. Uranoplastica. 1875.
69. Szew własnego pomysłu założony na kiszkę przypadkowo zranioną podczas herniotomii. 1875.
70. Wrzody tuberkuliczne na języku. 1875.
71. Olbrzymie powiększenie śledziony u 7-letniego chłopca. 1875.
72. Skruszenie kamienia u dziewczynki siedmioletniej. 1875.
73. Włókniak na płatku usznym. 1875.
74. O kamieniach nerkowych. 1877.
75. O przypadku całkowitego wycięcia krtani. 1877.
76. Rozciąganie nerwu kulszowego w celu usunięcia nerwobólu. 1880.
77. Opis dwóch operacyi wycięcia torbieli jajnika. 1880.
78. Przypadek echinococcus hepatis. 1880.
79. Dwa przypadki ovariotomii. 1881.
80. Przypadek podwiązania tętnicy biodrowej wewnętrznej. 1881.
81. Dwa przypadki ciąży zamacicznej. 1886.
82. O skręceniu szypułki nowotworów jajnika. 1889.
83. Wycięcie guza gruźliczego kiszki ślepej. 1894.
84. Promienica żuchwy, pozorująca mięsak. 1895.
85. Wycięcie nerki rakowatej. 1896.
86. Przypadek wycięcia śledziony. 1896.
87. Rak poprzecznicy, przetoka żołądkowookrężnicza. 1896.
88. Gastroenterostomia z powodu raka żołądka. 1897.
89. Wycięcie śledziony. 1897.
90. Pyelonephritis calculosa. 1897.
91. Wycięcie torbieli skórzastej. 1897.
92. Gastroenterostomia w przypadku raka odźwiernika. 1898.

Prace na Zjazdach lekarskich.

1. Kongres w Londynie. 1884. O wycinaniu nerki.
2. Kongres w Rzymie. 1894. Wyniki 400 laparotomii, wykonanych w klinice w Warszawie.
3. Kongres w Brukselli. 1903. Czy nie znajdziemy nigdy środka na wyleczenie raka.